Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22371552

PARALLÈLE
DU TYPHUS
ET DE
LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

THÈSE DE CONCOURS
POUR L'AGRÉGATION EN MÉDECINE,

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, LE 15 AVRIL 1857,

PAR

FRÉDÉRIC DURIAU,
Docteur en médecine, lauréat (médaille d'or) et chef de clinique
de la Faculté de médecine de Paris.

PARIS,
A. DELAHAYE ET E. CHATEL, LIBRAIRES,
23, RUE ET PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1857.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

A MA MÈRE.

A MADEMOISELLE

C. OUDINOT DE LA FAVERIE.

Fr. DURIAU.

A MON MAITRE,

M. PIORRY.

Fr. DURIAU.

PARALLÈLE DU TYPHUS

ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

INTRODUCTION.

Les discussions nombreuses auxquelles donnèrent lieu le typhus et la fièvre typhoïde, toutes les fois qu'il s'est agi d'établir d'une manière irréfutable les caractères de ces deux maladies, semblaient avoir dissipé les doutes qui planaient sur cette question. Il n'en était pourtant rien. L'expédition de Crimée, donnant l'éveil aux causes pathogénésiques qui accompagnent constamment les agglomérations d'hommes, a surpris le monde médical au milieu de sa trompeuse sécurité, et réclamé de nouvelles recherches. C'est à cette circonstance que l'histoire des épidémies est redevable de travaux consciencieux accomplis récemment au milieu des exigences pénibles de la guerre, et le typhus des armées a pu enfin sortir des ténèbres qui l'enveloppaient.

Jusqu'à ces derniers temps, en effet, malgré les rigoureuses observations de Pringle, d'Huxham, d'Hildenbrand, un grand nombre de pathologistes, ajoutant peu d'importance aux observations de ces profonds cliniciens, considéraient la fièvre ty-

phoïde comme étant identique avec le typhus petechialis, le typhus des camps, voire même avec le typhus fever des Anglais, et l'*observation*, détrônée par une *induction* théorique, n'était plus le guide qui doit conduire à la découverte de la vérité. Mais la marche désastreuse du typhus et ses manifestations symptomatiques ne permirent pas une telle confusion ; aussi la médecine militaire de France, merveilleusement servie par les événements, a-t-elle définitivement reconquis à la fièvre des armées la place qu'on lui avait longtemps refusée.

Ce n'était pas sans raison, il est vrai, qu'une telle incertitude s'était emparée des esprits : des analogies rapprochent entre elles les diverses espèces de typhus (car le typhus abdominalis des Allemands est identique avec la fièvre typhoïde de Paris) ; mais aussi certains caractères ne s'opposent-ils pas à une fusion intime entre tous ces typhus ? Telles sont les diverses circonstances que j'ai à passer en revue.

J'examinerai donc les symptômes et les lésions cadavériques que présentent ces deux maladies, en ayant soin de ne pas insister sur les parties de la description nosographique qui n'intéressent pas directement mon sujet.

Les caractères qui sont particuliers au typhus et à la fièvre typhoïde seront ensuite étudiés parallèlement.

Enfin, la question de l'identité et de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde, résumant la plupart des faits précédemment exposés, sera la conclusion de ce parallèle.

CHAPITRE PREMIER.

DU TYPHUS.

—

A. Définition.

Pour éviter les erreurs qui sont souvent la suite d'une interprétation vicieuse des mots, il est nécessaire de préciser ce que l'on entend par typhus ; car, si l'on en croit le savant Borsieri, « tam varia multiplexque est febris hujus ratio, ut vix » satis cum omnibus suis variationibus eam delineari liceat. »

« Les anciens, disent MM. Littré et Robin, donnaient le nom de typhus à diverses maladies qui n'avaient d'autre caractère commun qu'un état de stupeur (τύφος) ; aussi, rien de plus vague que le sens attaché à ce mot. Pourtant, aujourd'hui, on attribue la dénomination de typhus à une pyrexie à type continu, contagieuse, produite le plus souvent par des influences miasmatiques, et dans laquelle on observe un trouble du système nerveux, un état morbide des membranes muqueuses, et presque toujours une éruption pétéchiale. » (Nysten, *Dict. de méd.*, édition de MM. Littré et Robin ; art. *Typhus*.)

D'après Hildenbrand, « le *typhus contagieux* est une fièvre essentielle, dont la marche offre une constante uniformité. C'est une fièvre d'une *espèce particulière*, comme la petite vérole, par exemple. Elle est contagieuse, puisque, au moyen d'une matière propre qui se développe durant la maladie, elle se transmet et se communique à ceux qui y sont disposés. A raison d'un exanthème qui lui est particulier, elle appartient à la famille des fièvres exanthématiques, parmi lesquelles les fièvres contagieuses trouvent ordinairement leur place. Elle a un cours déterminé dans des périodes mesurées, ainsi que des

caractères différents dans ses différentes périodes, mais avec un symptôme constant pendant toute la maladie, qui est la stupeur avec délire ou la typhomanie. » (Hildenbrand, *Du typhus contagieux*, traduit de l'allemand par Gasc, 1811, page 23.)

Quelque vague que soit encore le mot *typhus* pour certains auteurs, il a été consacré depuis la plus haute antiquité pour désigner toutes ces variétés ou espèces qu'on a décrites tour à tour sous les noms de *fièvre pétéchiale*, *fièvre hongroise*, *nosocomiale*, *fièvre des camps*, *de siége*, *des prisons*, *des vaisseaux*, etc.; le *typhus fever* des Anglais doit aussi trouver sa place dans ce chapitre. Cette multiplicité de dénominations n'indique-t-elle pas déjà les dissidences qui ont partagé les observateurs? Et pourtant ce n'est pas que l'occasion d'approfondir la question ait fait défaut aux cliniciens, puisque Ozanam nous a laissé l'analyse de deux cents épidémies de typhus (voir *Histoire médicale des maladies épidémiques*, 1823, t. IV). Je ne rechercherai pas ici la cause de cette incertitude; il me faudrait passer en revue chacune de ces descriptions, et indiquer la source des erreurs commises par chaque historien; tel n'est point le but de ce travail. Que cette incertitude soit, d'ailleurs, la conséquence d'une observation incomplète, de connaissances anatomiques insuffisantes, ou bien encore des variations inhérentes à toute épidémie, pour arriver à une analyse exacte du typhus, on ne saurait négliger ici l'observation directe. C'est donc à nos contemporains que je demanderai les éléments de ma description, et principalement à M. Godélier, à mes honorables compétiteurs, MM. Chauffard et Tholozan, et enfin au docteur Jenner (de Londres), qui a étudié le typhus fever sur une large échelle.

Observation Ire. (Chauffard, *Étude clinique du typhus contagieux*, 1856.)

Un militaire du premier convoi expédié de Constantinople le 13 février, entra le 27 de ce même mois à notre hôpital. Il était un peu amaigri, nous dit qu'il avait eu la diarrhée en Orient, mais que depuis longtemps déjà il

était guéri, et que présentement il se trouvait bien portant, avait de l'appétit et digérait bien. La langue était naturelle, le ventre souple et indolore, le pouls absolument calme. Comme à tous les soldats dans cet état, je prescrivis seulement une alimentation suffisante, attendant tout du temps, du repos et d'un bon régime pour remettre ces corps fatigués. Quelques jours passèrent, pendant lesquels se déclarèrent les trois premiers cas de typhus. Ces premiers cas, on le sait, ne nous frappèrent que par une expression insolite de maladie ; nous étions devant l'inconnu, non encore fixés sur le genre de l'affection et la nature du mal. Nous enregistrions les symptômes s'offrant à nous sans les rattacher d'ailleurs par une idée préconçue à aucune espèce fébrile ; surtout nous ne savions à peu près rien sur les prodromes réels de cette fièvre. Pendant donc que nous observions les premiers typhiques, ce malade, huit jours après son entrée, se plaignit d'embarras de parole, d'un bégaiement qui le fatiguait beaucoup ; en même temps il entendait du bruit dans les oreilles, avait même l'ouïe dure ; il ne pouvait s'empêcher de trembler des mains lorsqu'il voulait s'en servir. Cependant l'appétit se conservait, le sommeil était paisible, et surtout la chaleur de la peau naturelle, le pouls normal, ni ralenti, ni accéléré. Cet état, au dire du malade, était récent, ne datait que de l'avant-veille ; et au fait, en l'interrogeant les jours précédents, je n'en avais pas perçu trace. Je ne trouvai pas là des signes assurés d'une affection cérébrale, ni d'un ramollissement lent, ni d'une compression par épanchement séreux à la surface des méninges. L'invasion récente, les antécédents, l'âge du malade, et surtout le caractère particulier des symptômes, m'éloignaient de toutes ces conjectures. Après réflexion, je ne conseillai au malade que le repos ; aucune indication ne me parut pressante ; je crus devoir maintenir le régime alimentaire que le malade désirait et supportait bien, et, à mon sens, nécessaire pour la restauration des forces. Les jours d'après, le mal n'avait pas empiré ; le malade s'était presque habitué aux sensations incommodes qu'il éprouvait, et s'en plaignait moins. Cependant la sœur de service me dit qu'il était silencieux et un peu abattu dans la journée. Le pouls restait normal. Après cinq ou six jours d'expectation pure, sans traitement particulier, tellement l'affection me paraissait douteuse et incertaine, le malade, au milieu de son repas du matin, assis sur son lit, pâlit tout à coup et tomba comme foudroyé. Il perdit aussitôt connaissance, fut saisi de convulsions générales, sans qu'un côté fût plus affecté que l'autre ; la respiration devint stertoreuse ; un râle comateux et apoplectique s'empara de lui et ne le quitta plus. Je le vis dans cet état à ma visite de l'après-midi ; le matin même, rien ne m'avait frappé dans son aspect. Malgré les soins appropriés donnés par l'interne de service et par moi ensuite, le malade expira dans la soirée. A l'autopsie, injection des méninges, épanche-

ment séreux à la surface des hémisphères, et dans l'intérieur des ventricules cérébraux; lésions ultimes et provoquées par l'exaspération subite d'une activité morbide obscure jusque-là, et par sa concentration sur les milieux encéphaliques.

Nous avons examiné avec soin la muqueuse de l'intestin grêle; on devine que nous voulions y constater l'état des plaques gaufrées. Ces plaques, minutieusement étudiées, et dans une grande largeur, à partir de la valvule iléo-cæcale, n'ont présenté aucune trace d'altération. Les caractères autopsiques de la fièvre typhoïde manquaient donc ici entièrement.

Observation II. (Godélier, *Mémoire sur le typhus*, 1856.)

Viguier, soldat au 50e de ligne, âgé de 26 ans, entre au Val-de-Grâce le 18 janvier.

C'est un homme vigoureux, de tempérament mixte. Il n'a pas été malade en Crimée. On peut résumer en un mot l'étiologie de son affection : il était à bord du *Monarque* (1).

Il ressent, le 11 janvier, les premières atteintes de la maladie : céphalalgie, courbature générale, douleurs plus vives du dos et des jambes.

Le 15, il s'alite ; le délire survient pendant les nuits.

Le 19, cinquième jour de l'invasion, je note les symptômes suivants : Teint rouge-brun, vertiges, bourdonnements d'oreilles, céphalalgie frontale, stupeur du visage, d'ailleurs réponses nettes, a rêvassé toute la nuit, grande prostration, douleur des jambes. Langue poisseuse, sans enduit, aucun symptôme abdominal, pouls moyen à 95, chaleur assez vive, pas de trace d'éruption. (Pot.: ipéca stibié.)

Sixième jour. La potion a produit des vomissements considérables. Il a déliré dans la soirée la veille, mais il prétend avoir dormi. Facies triste, prostration plus marquée, parole hésitante, langue sèche, pouls irrégulier à 100 pulsations, peau très chaude. On aperçoit *quelques taches morbilliformes* sur la poitrine, le cou et les poignets. (Pot. avec acétate d'ammoniaque, 10 gram.; lavement avec sulfate de quinine, 1 gram.)

Septième jour. Stupeur notable, délire, agitation très grande pendant la nuit; pouls petit, dépressible, à 75. Langue couverte d'un enduit blanchâtre, moins sèche que la veille. *L'éruption exanthémo-ecchymotique est complète.* (M. p.)

Huitième jour. Délire bruyant pendant la nuit; le malade s'est échappé de son lit. A la visite : immobilité d'une masse inerte, réponses difficiles, assez

(1) On verra plus loin les conditions antihygiéniques que présentait ce vaisseau.

justes pourtant. Soubresauts des tendons; le ventre toujours naturel. Pouls à 100, variable d'ailleurs en force et en fréquence. (M. p.: Sinapismes aux extrémités inférieures; infusion de café, 125 gram.)

Neuvième jour. Même état, un peu de toux; l'éruption a pâli. Urines involontaires.

Les lavements des jours derniers ont été gardés quelque temps, puis rendus parfois avec quelques matières. (M. p.)

Dixième jour. Nuit agitée par un délire violent; langue plus chargée, molle et humide d'ailleurs; pas de diarrhée; urines involontaires. Pouls petit, de 65 à 70; température du corps un peu abaissée. (On suspend le sulfate de quinine.)

Onzième jour. Coma complet, yeux fermés; si l'on soulève la paupière, on voit le globe de l'œil en haut, dimension normale de la pupille; coloration rouge brique des pommettes, bouche entr'ouverte. Viguier ne répond plus et ne fait pas le moindre signe d'intelligence aux questions qu'on lui crie. Contractions cloniques des muscles de la mâchoire et des bras; soubresauts; parfois le malade se gratte. Un certain nombre de taches ont disparu; celles qui persistent ne pâlissent pas sous le doigt; on aperçoit un commencement de desquamation au cou et sur les flancs. Au milieu de cet état comateux, il chante et vocifère de temps à autre. Pouls à 70, assez large mais facilement dépressible, ondulant; chaleur halitueuse; urines involontaires, ventre rétracté. Pronostic prochainement fatal.

Trois heures du soir. Changement inexplicable et presque miraculeux dans l'état du malade. Il est éveillé, calme; ses réponses sont nettes, son regard intelligent, son pouls lent, mais égal Il ne souffre pas, mais se trouve très faible. (Vin sucré, 125 gr.)

Douzième jour. Le délire est revenu dans la nuit, mais modéré. Viguier est d'ailleurs ce matin aussi bien que la veille au soir; plus de contractions, ni de soubresauts; ni céphalalgie, ni diarrhée; la langue se nettoie. Pouls à 60, petit, faible. (Quelques cuillerées de bouillon; vin sucré; potion avec extrait de quinquina, 2 gram.)

Treizième jour. Sommeil mêlé de rêves pendant la nuit. D'ailleurs, même état que la veille; le visage est de plus en plus expressif; un peu de surdité.

Quatorzième jour. Amélioration soutenue. (Potage matin et soir.)

Quinzième jour. Appétence marquée, urines encore involontaires; d'ailleurs convalescence confirmée.

Vingtième jour. Viguier mange le quart; il s'est levé une heure, mais il éprouve des vertiges et des bruissements d'oreille; faiblesse des jambes. Pouls faible et lent.

Vingt-troisième jour. Même état. Le sommeil et l'appétit sont très bons. Viguier mange la demie, boit la portion de vin, continue l'extrait de quinquina; mais la faiblesse persiste, ainsi que les vertiges.

Trente-troisième jour. Les forces reviennent de jour en jour; l'appétit est excellent, le pouls assez développé, mais conservant encore de la lenteur et de la rareté (55 à 60).

Viguier sort le 13 février.

Observation III. (Godélier, *ibid.*)

Grossiort (Antoine-Eugène), soldat au 50e de ligne, âgé de 23 ans, entré le 16 janvier au Val-de-Grâce.

Passager du *Monarque*, il s'est senti malade le 9, et il s'est alité le 12. Pas de maladies antérieures, constitution robuste, tempérament sanguin. Depuis le 12 frissons récurrents, céphalalgie intense, avec délire et rêvasseries nocturnes; fièvre, bronchite, diarrhée, a eu une épistaxis au quartier, douleurs vives du dos et des jambes.

Cinquième jour, 17 janvier. Symptômes énoncés plus haut. Facies caractéristique avec une coloration rouge bistre; grande prostration. Pouls petit, faible, à 120; chaleur vive, voix enrouée, râles bronchiques; langue sèche, poisseuse, prête à se fendiller; ventre un peu météorisé, deux selles pendant la nuit; pas de gargouillement ni de sensibilité dans la fosse iliaque. Éruption *morbilliforme* générale, très confluente sur la poitrine et les flancs, où l'on observe presque l'érythème de la scarlatine. (Pot. avec ipéca stibié.)

Sixième jour. Le malade a vomi deux fois. Épistaxis considérable hier dans la soirée; délire et agitation extrême pendant la nuit. Figure morne et abattue, yeux injectés, demi-fermés, larmoyants; chaleur vive; pouls à 115; langue fuligineuse. (Lim. gom., sinapismes, applications froides sur le front.)

Septième jour. Même agitation et délire pendant la nuit. L'état du ventre est aussi le même. Trois selles involontaires dans les vingt-quatre heures; urines involontaires et abondantes; réponses hésitantes, mais assez nettes; aphonie, toux fréquente; un peu de dysphagie. Pouls toujours fréquent et variable. La teinte érythémateuse de l'éruption a disparu, mais il reste une très grande quantité de macules ecchymotiques dont la coloration varie du violet pâle au rouge vineux. (M. p.)

Huitième jour. Somnolence plus marquée, selles involontaires, respiration fréquente et sifflante. Râles typhoïdes, teint veineux. (Pot. avec ipéca stibié, *illico*. Pot. avec acétate d'ammoniaque, 10 grammes à partir de midi.)

Neuvième jour. Coma complet, peu de délire, réponses nulles. Pouls petit,

à 90; peau chaude; immobilité d'un corps pétrifié; confluence notable de l'éruption sur les membres; les taches pétéchiales sont d'un rouge pourpre, surtout au bras droit. (Pot. avec acétate d'ammoniaque; café; applications froides sur le front.)

Dixième jour. Coma moins complet; le malade répond un peu, n'a plus de diarrhée; langue toujours sèche et brune. Pouls à 150; peau chaude; l'éruption a pâli. (M. p.; lavement avec sulfate de quinine, 1 gramme.)

Onzième jour. Prostration extrême, réponses à voix basse et très incertaines; inégalité, irrégularité du pouls, moins fréquent que la veille. Dyspnée très grande; yeux fermés et enfoncés, soubresauts des tendons, hoquet se reproduisant à de longs intervalles. Au mollet gauche, les plaques pétéchiales sont absolument confluentes, et forment une plaque d'un violet foncé, noire au centre, où se trouve une petite eschare. (M. p.; large vésicatoire à la base du thorax.)

Douzième jour. Agitation très grande pendant la nuit. Ce matin, coma presque complet. Il paraît saisir par instants certaines questions, mais il ne fait aucune réponse. Yeux fermés, traits tirés, bouche entr'ouverte; langue sèche, noirâtre; ventre dur, pas de selles, urines involontaires. Respiration suspirieuse, hoquet. Pouls large, irrégulier, dépressible, de fréquence médiocre. L'éruption a pâli. On observe une desquamation furfuracée générale. (M. p.)

Treizième jour. Même état. Facies hippocratique, pouls très dépressible à 90; taches livides d'un rose fauve sur la peau; éruption miliaire, surtout aux bras. Mort à deux heures de l'après-midi, le 25 janvier.

Autopsie vingt-cinq heures après la mort:

Rigidité cadavérique complète. La peau est couverte de macules ecchymotiques, et porte les traces de la desquamation. Les parties déclives du cadavre sont d'un violet sombre.

Cerveau. Les sinus veineux sont gorgés de sang. Un peu d'œdème sous-arachnoïdien à la partie antérieure et supérieure, infiltration séreuse plus marquée à la partie postérieure. Point de sérosité dans les ventricules. Coloration et consistance normales de la substance cérébrale.

Poumons. Aspect normal. Quelques rares ecchymoses sur la plèvre pulmonaire; les parties postérieures et inférieures, surtout au poumon droit, sont gorgées de sang; quelques lobules sont splénisés; leur tissu, consistant mais non friable, plonge sous l'eau. Point de mucosités dans les bronches, dont la muqueuse des gros tuyaux est un peu injectée.

Cœur. Tissu plus pâle et moins résistant qu'à l'état normal. Caillot ambré assez volumineux dans l'oreillette gauche.

Estomac. Aspect mamelonné. Quelques ecchymoses sous-muqueuses dans le grand cul-de-sac. Muqueuse un peu friable dans cette région.

Intestins. Le duodénum et le jéjunum sont à l'état normal. L'iléon offre, de distance en distance, des plaques vivement colorées par une injection sanguine; elles ont de 10 à 15 centimètres de longueur. La muqueuse n'est point ramollie à leur niveau ni dans leur intervalle. Elle présente une psorentérie blanche de plus en plus abondante, à mesure que l'on approche de la valvule iléo-cæcale. Les plaques de Peyer sont marquées d'un pointillé noir, mais ne sont ni saillantes ni ramollies.

Dans le gros intestin, l'orifice des follicules isolés est agrandi et noirâtre. A 30 centimètres au-dessous de la valvule, il existe dans une étendue égale une coloration rouge intense, avec des taches pétéchiales. Même altération entre le tiers moyen et le tiers inférieur du gros intestin. La muqueuse a dans les places rouges, comme ailleurs, sa consistance normale. Les ganglions mésentériques sont parfaitement intacts.

Rate augmentée d'un tiers de son volume, d'une coloration normale, mais très friable à l'intérieur.

Foie. Augmentation de volume du lobe droit, un peu ramolli. Bile noirâtre, épaisse, sirupeuse.

Reins très tuméfiés, surtout le rein gauche. Il pèse 230 grammes, le droit 218. La substance corticale, doublée d'épaisseur, est d'un gris rouge et très friable.

Vessie. Elle présente une injection générale de la muqueuse, sur laquelle, en regardant de très près, on aperçoit un grand nombre de pétéchies très fines.

Les psoas ont une coloration pâle analogue à la chair de veau; les muscles du mollet droit sont moins colorés qu'à l'état normal.

Observation IV. (Jenner, *De la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde*, traduit de l'anglais par Verhaeghe, 1852. Bruxelles.)

J. M., serrurier, âgé de soixante à soixante-dix ans, fut admis à l'hôpital des fiévreux de Londres, service du docteur Tweedie, le 1er janvier 1849. L'extérieur du malade indiquait un vieillard maigre à cheveux gris. Il occupait une maison vide confiée à ses soins dans London-Street, 14, Islington. Il avait rendu souvent visite à une famille du nom de Penny, qui demeurait à un mille de son habitation et dont deux membres avaient été à cet hôpital, il y avait peu de temps, offrant des symptômes bien marqués de typhus. Le

père de cette famille, âgé de quarante-six ans, mourut, et l'on trouva à l'autopsie les plaques de Peyer, ainsi que les glandes mésentériques, dans un état normal. Le fils, âgé de quinze ans, se trouve encore à l'hôpital en ce moment : lui aussi avait eu une éruption mûricolore bien marquée. Notre malade nettoya la maison des Penny, qui était extrêmement sale, la semaine qui avait précédé sa maladie. Il est sobre, mais il a eu beaucoup de misère.

Le 25 janvier, il fut pris soudainement, vers trois heures de l'après-midi, de lassitude, de douleurs dans les membres, de céphalalgie, de frissons et de sentiment de froid. Comme il était constipé, il prit dix grains de calomel en deux doses, une potion purgative et du jalap. Il se mit au lit dès le premier jour de sa maladie et ne l'a plus quitté depuis. Sa femme, qui donne ces commémoratifs, avait remarqué qu'il délirait trois jours avant son entrée. Il n'y avait pas eu d'épistaxis.

Voici maintenant l'état dans lequel ce malade se trouvait le premier jour où je pris son observation, le onzième de sa maladie : il avait passé une nuit très agitée, ayant peu dormi ; il était assoupi au moment de la visite, parlant pendant son sommeil. Il y avait de petites contractions ou plutôt des tiraillements des muscles de la face, du cou et des bras, pendant le sommeil. Au réveil, son esprit paraissait très confus ; il n'avait point l'idée de se trouver à l'hôpital, ni depuis combien de temps il y était ; cependant il reconnaissait les personnes qui l'entouraient. Son teint était particulièrement sale, terreux ; la face était pâle ; les conjonctives n'étaient pas injectées et les pupilles étaient naturelles ; il n'était pas capable de se lever sans aide, et ne se tournait dans le lit qu'avec difficulté. Les lèvres étaient sèches ; la langue aussi était sèche et recouverte d'une couche d'un brun foncé. Il y avait de la constipation datant de deux jours avant son entrée ; mais, depuis, il y avait eu deux selles produites par de l'huile de ricin ; point d'appétit ; un peu de soif ; point de tension du ventre, pas de résonnance, pas de sensibilité ni de gargouillement de l'abdomen ; le pouls était à 120 pulsations par minute et très faible. Il y avait beaucoup de toux ; la respiration était à 30 par minute et tranquille ; il y avait expectoration d'un peu de mucus écumeux et tenace.

Un peu de matité existait en arrière dans les parties les plus déclives des poumons, et aux mêmes endroits on entendait un râle sous-muqueux, rude et inégal ; le bruit respiratoire paraissait comme voilé.

La peau était chaude, sèche et tachetée. Les taches étaient très nombreuses, et en même temps il existait aussi une éruption sous-cuticulaire abondante ; quelques-unes des taches pâlissaient sous la pression du doigt ; d'autres ne changeaient point de couleur, aucune ne disparaissait entièrement et aucune n'était élevée au-dessus du niveau du reste de la peau. Elles étaient plus fon-

cées en couleur au dos qu'ailleurs. Le dos aussi était partout très congestionné ; il n'y avait point de vésicules miliaires.

Prescriptions : quatre onces de genièvre. Mixture de carbonate d'ammoniaque à prendre toutes les quatre heures. Bouillon de bœuf.

Le douzième jour, le pouls était monté à 160 et très faible ; la respiration était à 26. Le malade avait passé une nuit fort agitée ; il restait jour et nuit les yeux ouverts, marmottant des paroles inintelligibles. La prostration des forces était bien plus marquée ce jour-là, et ce n'était qu'avec la plus grande difficulté qu'il pouvait se tourner dans le lit. Lorsqu'on lui disait de faire voir la langue, il ouvrait la bouche, mais ne faisait aucun effort pour pousser cet organe. Les soubresauts des muscles continuaient ; les conjonctives étaient notablement plus injectées que dans l'état normal.

La dose du genièvre fut porté à 6 onces. Le malade mourut à trois heures après midi, le 4 février, c'est-à-dire le treizième jour de la maladie.

L'autopsie fut faite trente-six heures après la mort. La rigidité cadavérique était en partie disparue dans les extrémités supérieures, mais elle était encore assez marquée dans les genoux et les orteils. L'abdomen était concave ; un peu de coloration verdâtre existait sur les parois abdominales et dans les flancs. Un grand nombre de taches pourprées (celles qu'on avait remarquées pendant la vie) étaient semées sur toute la surface du tronc et des extrémités. La surface postérieure du corps était fortement colorée : les taches y étaient plus foncées en couleur qu'ailleurs.

Tête. — Il y avait un épanchement sous-arachnoïdien considérable. L'arachnoïde était épaissie et opaque, surtout dans la partie qui recouvre les lobes antérieurs. La pie-mère était congestionnée. L'arachnoïde et la pie-mère se séparaient en masse des circonvolutions et sans entraîner la plus petite partie de substance grise. Il y avait un peu de sérosité dans les ventricules latéraux, et une once environ du même liquide à la base du cerveau. Le pointillé dans toute l'étendue de la substance grise et blanche était plus marqué que d'habitude. La substance cérébrale était partout ferme.

La langue était recouverte de mucus sec et brun. Le pharynx était pâle, et il y avait un peu de sang liquide épanché au-dessous de la membrane muqueuse de la luette. L'œsophage était d'une couleur pourpre foncé. Les cartilages du larynx étaient ossifiés ; la membrane muqueuse de cet organe était pâle. Celle de la trachée-artère aussi était pâle et saine.

Il n'y avait point de liquide dans les plèvres.

Le poumon gauche avait des adhérences anciennes avec la plèvre costale, vers le sommet, et contenait plusieurs masses crétacées. La partie postérieure du lobe inférieur contenait beaucoup de sérosité écumeuse, rougeâtre et sale,

plus abondante là que dans les *parties les plus déclives*. La texture de cette partie était ramollie et sa couleur d'un rouge brunâtre foncé.

Le poumon droit avait d'anciennes adhérences, dans toute son étendue, avec la plèvre et ressemblait généralement à celui du côté gauche.

Les tuyaux bronchiques contenaient beaucoup du mucus écumeux : leur membrane muqueuse était d'un rouge foncé ; sa consistance et son épaisseur paraissaient normales.

Le péricarde contenait un drachme environ de sérosité jaunâtre et transparente. Le cœur était un peu plus volumineux que dans l'état normal ; l'endocarde des cavités droites avait perdu son brillant. Les valvules étaient saines, et toute la substance de l'organe flasque.

Beaucoup de sang noir et fluide mêlé de quelques caillots mous s'échappa à l'ouverture des veines caves et pulmonaires. Les cavités droites, ainsi que l'oreillette gauche, étaient distendues par du sang noir en petits caillots. Le ventricule gauche contenait un peu de sang liquide. Dans l'artère pulmonaire, ainsi que dans l'aorte, se trouvait un caillot uni et moulé sur les valvules sigmoïdes.

Estomac. — La membrane muqueuse de la portion pylorique était recouverte d'un mucus épais : elle n'était point mamelonnée ; son épaisseur et sa consistance étaient naturelles : sa couleur était d'un rouge légèrement foncé.

La couleur, la consistance et l'épaisseur de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, ainsi que du gros intestin, étaient partout à l'état normal. Les plaques de Peyer n'étaient point visibles. Les glandes mésentériques n'étaient point engorgées.

Le foie était flasque, mais autrement sain ; la vésicule biliaire était remplie de bile épaisse et d'un vert foncé ; sa membrane muqueuse paraissait saine.

Le pancréas était sain.

La rate pesait 8 onces et était très ramollie ; son contact à l'air la faisait tomber rapidement en déliquium.

Les reins étaient sains en apparence.

La vessie urinaire ne fut pas examinée.

Observation V. (Jenner, *loc. cit.*)

Georges W., quarante-neuf ans, natif de Londres, ouvrier du port, fut admis au *London-Fever-Hospital*, le 15 août 1849. Le malade est un homme maigre, à cheveux blonds et à peau blanche. Sa femme fut reçue à l'hôpital en même temps que lui, affectée aussi du typhus bien marqué, dont elle mourut le vingtième jour. D'après le dire du malade, il avait joui jusqu'alors

d'une très bonne santé, n'avait jamais été obligé de garder le lit ; il dit aussi avoir des habitudes de tempérance, mais ceci est très douteux.

Le vendredi, 10 août 1849, vers trois heures de l'après-midi, il est pris de céphalalgie frontale. Le jour suivant il perdit l'appétit et le mal de tête s'accrut beaucoup. Le troisième jour, il éprouva un sentiment de froid tellement fort, que, d'après ses expressions, il se serait couché sur le feu. En venant à l'hôpital le 15, il perdit quelques gouttes de sang par le nez. Les selles étaient régulières depuis le commencement de la maladie, et il n'y avait pas de vomissements.

Le 16, septième jour de la maladie, les notes suivantes furent prises : « Il a bien dormi la nuit précédente (la première qu'il passa à l'hôpital) ; son intelligence paraît libre ; l'expression de la face est presque naturelle ; il se plaint d'une forte céphalalgie frontale ; il y a un peu de vertiges ; les fonctions des sens ne sont pas affectées ; les conjonctives sont un peu plus injectées que d'habitude ; les pupilles sont normales.

» Hier au soir, il monta seul l'escalier ; il peut encore se lever sans aide aujourd'hui ; sa position au lit est libre.

» La langue est blanche et un peu sèche au milieu ; il y a eu quatre selles naturelles depuis hier. Le malade se plaint d'une légère douleur autour de l'ombilic. Il n'y a pas de tension, pas de résonnance, pas de sensibilité ni de gargouillements de l'abdomen.

» Le pouls est à 96, plein et mou ; il n'y a pas de toux ; la poitrine ne présente pas de signes physiques anormaux.

» La peau est sèche, chaude et tachetée. Les taches ne sont pas très nombreuses sur le tronc, mais existent en plus grand nombre sur les extrémités. Elles ne sont pas élevées au-dessus de la peau environnante ; quelques-unes disparaissent et d'autres pâlissent seulement sous la pression du doigt. Celles qui existent aux avant-bras et au dos de la main sont plus larges et d'une couleur plus claire qu'ailleurs ; le plus grand nombre disparaissent momentanément sous la pression. » (Mixture avec acétate de plomb ; bouillon.)

Le huitième jour, la somnolence se montra, et en même temps l'intelligence devint obtuse ; la mémoire était défectueuse : le malade crut le temps plus long qu'il ne l'avait été réellement ; la somnolence et la confusion mentale augmentèrent. Le dixième jour, il paraissait au malade qu'il avait « voyagé des milliers de milles pendant la nuit. » Il ne délirait pas au moment de la visite. Il se rappela le nom du jour de son entrée à l'hôpital ; mais il se figurait qu'il y était depuis huit jours, tandis qu'il n'y en avait que cinq. Les conjonctives étaient fortement injectées et la somnolence était presque constante. Le onzième jour, le délire était continu toutes les fois qu'on tirait le malade

de son assoupissement ; les selles et les urines étaient lâchées involontairement.

Le douzième jour, la somnolence était moins continue ; le pouls, qui était à 96 le huitième jour, était monté à 108 le neuvième et à 120 le dixième. Il conserva cette fréquence jusqu'à la fin.

La langue continuait à rester sèche et brune. Le neuvième jour, le malade ne put se lever sans aide qu'avec beaucoup de difficulté ; et, au onzième, il pouvait à peine se mouvoir seul. Le douzième jour, il paraissait y avoir un peu d'amélioration ; il y avait moins de somnolence et un peu plus de sensibilité ; il ne laissait pas couler sous lui et pouvait se mouvoir dans le lit sans être aidé. Il y avait régulièrement deux selles naturelles par jour.

Les notes suivantes furent prises l'après-midi du treizième jour de la maladie, qui était la veille de la mort : « Le pouls est à 120 pulsations et extrêmement faible ; le malade transpire abondamment : tous ses effets sont trempés par la sueur ; la peau cependant est fraîche ; les taches sont très apparentes, et celles du dos ne cèdent que peu à la pression du doigt. Le dos de la main a une teinte un peu livide. Il a dormi un peu la nuit, mais il reste assoupi la plus grande partie de la journée. Il y a du délire pendant les moments de réveil. Les conjonctives sont encore injectées, mais celle du côté gauche l'est beaucoup moins que la droite. Le malade ouvre la bouche quand on lui demande de montrer la langue, mais il ne fait aucun effort pour pousser cet organe. Il reste couché, immobile. Il y a des soubresauts des tendons et un peu de carphologie. Il a eu deux selles liquides involontairement. »

Le traitement avait été stimulant. Au huitième jour de la maladie, on administre 8 onces de bière de *porter*, et la dose en fut portée à une pinte le neuvième. On y ajoute 4 onces de genièvre le dixième, et en même temps on administra cinq grains de carbonate d'ammoniaque toutes les quatre heures, le onzième jour.

Le malade s'affaiblit graduellement et mourut à dix heures du matin, le 23 août, quatorzième jour de la maladie.

Le cadavre fut examiné vingt-neuf heures après la mort.

La rigidité cadavérique était bien marquée. De nombreuses taches, les mêmes qui avaient existé durant la vie, étaient répandues sur la surface antérieure du corps. Les surfaces postérieures avaient une couleur de vin de Porto et étaient parsemées de taches encore plus foncées en couleur. Cette coloration faiblissait par degrés à mesure qu'on approchait des surfaces antérieures. Les parois abdominales, aux fosses iliaques, avaient une couleur vert pâle. Le ventre était concave. Les muscles étaient d'une couleur foncée, et il y avait à peu près un demi-pouce de graisse dans l'épaisseur des parois de l'abdomen.

Tête. — La dure-mère paraissait saine. Dans la partie de la cavité arachnoïdienne correspondante à la convexité de l'hémisphère cérébral droit, près du point de jonction des lobes antérieur et moyen, à un pouce et demi environ de la scissure longitudinale, se trouvait un caillot sanguin, dont la couleur variait du rouge au noir, à mesure qu'il devenait plus épais ; il était aplati, mince, et du diamètre d'un pouce. Un second caillot semblable existait entre la faux du cerveau et le lobe antérieur.

Dans la cavité de l'arachnoïde, du côté gauche, et parsemés à la surface convexe de l'hémisphère cérébral, se trouvaient six petits caillots du volume de pois coupés en deux. Un peu de sérosité sanguinolente s'écoulait lors de l'incision de la dure-mère. L'arachnoïde de la convexité, surtout la partie correspondante aux lobes moyens, était notablement épaissie et avait un aspect laiteux semi-opaque. Il y avait un peu de sérosité incolore au-dessous de l'arachnoïde, soulevant légèrement cette membrane dans quelques endroits, et s'infiltrant aussi dans la pie-mère. Celle-ci était fortement injectée, surtout dans les circonvolutions. On pouvait enlever les deux membranes, l'arachnoïde et la pie-mère, en masse, sans entraîner une partie de la substance grise de l'encéphale. Cette substance offrait une teinte rosée plus marquée près de la substance blanche qu'à sa surface libre. Le pointillé de la substance blanche était plus nombreux qu'à l'état normal. Les ventricules latéraux contenaient environ un drachme de sérosité transparente et incolore. Les vaisseaux des plexus choroïdes et les veines des corps striés étaient distendus par du sang. La substance cérébrale, la commissure molle, comme les autres parties centrales, étaient de consistance normale. Une demi-once environ de sérosité était répandue à la base du cerveau ; mais il ne s'y trouvait pas de caillots sanguins.

La *langue*, d'un brun pâle, était recouverte, ainsi que le *voile du palais*, d'un mucus épais.

Le pharynx, l'œsophage, le larynx et la trachée étaient sains en apparence ; mais il n'y avait plus de traces d'épithélium dans l'œsophage, et le larynx contenait un peu de mucus épais.

Il n'y avait pas d'épanchement dans les plèvres. Le sommet du poumon gauche, adhérant à la plèvre, renfermait plusieurs masses d'une matière ressemblant à du mortier. La partie postérieure du lobe inférieur était d'une couleur pourpre très foncée, et il s'en écoulait, à l'incision, une quantité considérable de sérosité rougeâtre peu aérée. Ce liquide en jaillissait sous la pression. Le tissu pulmonaire était cependant crépitant et surnageait dans l'eau. Les parties les plus déclives étaient les plus foncées en couleur et aussi les moins crépitantes. La partie antérieure du poumon était pâle et emphysémateuse.

Le poumon droit ressemblait au poumon gauche, à l'exception que la congestion des parties déclives y était plus marquée. On y enlevait des morceaux qui ne surnageaient pas, mais qui allaient au fond de l'eau. Il n'y avait pas de ligne de démarcation tracée entre le tissu solidifié et celui qui ne l'était pas. Celui-ci allait aussi au fond de l'eau après qu'il avait été pressé.

Les tuyaux bronchiques contenaient très peu de mucus; la membrane muqueuse y était d'une couleur rouge foncé. Les ganglions bronchiques n'étaient pas engorgés.

Le *péricarde* était sain, et contenait environ trois drachmes de sérosité jaunâtre et transparente.

Le *cœur* était légèrement hypertrophié et très flasque. L'endocarde était tacheté en rouge blafard. Les cavités droites contenaient un caillot fibrineux noir et mou. Les cavités gauches étaient vides. Les valvules étaient saines. Du sang liquide et deux ou trois petits caillots noirs et mous s'échappèrent de la veine cave et des veines pulmonaires, lorsque le cœur fut enlevé.

La membrane muqueuse de l'*estomac* était mamelonnée dans toute son étendue, à l'exception d'une bande étroite le long de la petite courbure. Il y avait beaucoup de rugosités le long de la grande courbure. La consistance de la membrane était normale, mais elle était un peu épaissie. Sa couleur était d'un gris rouge-jaunâtre. On pouvait enlever de petites bandes d'un demi-pouce de largeur de membrane muqueuse dans la partie antérieure, ainsi que dans les sept huitièmes du grand cul-de-sac.

Les intestins étaient sains; la membrane muqueuse se laissait enlever par bandelettes. Les plaques de Peyer étaient à l'état normal. La muqueuse qui les recouvrait avait sa consistance naturelle. Les glandes mésentériques étaient à peine visibles.

Le *foie* était flasque et se laissait déchirer avec facilité. Il était aussi un peu pâle. La vésicule biliaire contenait environ une demi-once de bile excessivement épaisse, formant une masse verte. Sa muqueuse était saine.

La *rate* pesait 7 onces et demie. Son tissu était évidemment ramolli.

Le *pancréas* était pâle et sain.

Les *reins* aussi étaient sains. La substance mamelonnée laissait couler sous la pression un fluide laiteux. La muqueuse vésicale était un peu injectée en arrière. L'organe contenait environ une demi-once de liquide laiteux.

L'aspect trouble du liquide exprimé des reins et de celui que contenait la vessie était dû au grand nombre de lambeaux d'épithélium qu'il contenait. Ceux du fluide trouvé dans la vessie s'étaient évidemment détachés de la muqueuse de cet organe.

Telles sont les observations à l'aide desquelles j'essayerai de reproduire d'une manière rapide les traits caractéristiques du typhus. J'aurai aussi maintes fois l'occasion de recourir aux travaux de Corrigan (*Lectures on the nature and treatment of fever*. Dublin, 1853) et de W. Stokes (*Clinical lectures on fever*. Medic. Times and Gaz., 1854-55), dont l'interprétation se trouve nettement établie par M. Requin (*Path. méd.*, tome dernier), par mon compétiteur et ami M. le docteur Charcot (cet ouvrage est actuellement sous presse).

B. Symptômes.

Il est nécessaire de diviser la marche du typhus en trois périodes : 1° prodromes, 2° invasion, 3° augment. Les autres divisions d'Hildenbrand me paraissent purement scolastiques et spéculatives.

α. *Prodromes.* — Le typhus peut survenir d'une manière lente, sans qu'il soit facile d'annoncer l'époque de son début, ou bien il se développe, mais plus rarement, à la suite d'un ou de plusieurs frissons violents se succédant à vingt-quatre heures de distance. La lassitude des membres, de la céphalalgie, l'obtusion de l'intelligence, des vertiges et des bourdonnements d'oreilles (Hildenbrand, Chauffard), de l'hésitation dans la parole, du tremblotement de la voix, quelquefois de l'aphonie et une incertitude dans les mouvements volontaires, caractérisent cette période. C'est alors qu'on voit se manifester certains symptômes propres au stade suivant (1).

(1) Douze sœurs de charité ont été atteintes du typhus à Marseille ; chez toutes, sans exception, l'éruption périodique ou irrégulière des menstrues a eu lieu dans les deux premiers jours de la maladie. Ce fait communiqué par M. Maillot, inspecteur du service de santé militaire, est très remarquable à cause de sa fréquence comme phénomène initial (Godélier, *Op. cit.*, note de la page 15).

ε. *Période d'invasion.* — La céphalalgie augmente ; c'est une douleur vraiment pertérébrante. Même aggravation des vertiges et des bourdonnements d'oreilles. Les mouvements s'accompagnent de douleur, et le malade ne peut plus quitter son lit.

Fièvre continue et intense ; le pouls est fréquent : 130 à 140 pulsations ; les épistaxis sont rares ; la physionomie exprime la stupeur ; la face est rouge et tuméfiée, la conjonctive injectée ; la peau est brûlante, le tremblement des lèvres et la gêne de la parole prononcés.

La perturbation des fonctions intellectuelles est très marquée : il y a confusion dans les idées, somnolence, « affaissement des sens extérieurs, désordre de l'entendement et stupeur » (Hildenbrand) ; enfin la typhomanie devient manifeste.

L'abdomen est souple ; point de gargouillement, lors même qu'il y a de la diarrhée (Godélier). La constipation est la règle.

La bronchite, si fréquente dans la fièvre typhoïde, n'a été observée au Val-de-Grâce que dans la moitié des cas, et dans le typhus fever, en Irlande, elle serait très fréquente (Stokes, H. Gueneau de Mussy).

C'est dans cette période qu'on voit apparaître, du quatrième au huitième jour, un exanthème *sui generis* tellement remarquable, qu'il constitue un signe pathognomonique du typhus et, en raison de sa nature, on l'a désigné sous les noms de *pétéchial* et *semi-pétéchial.* Cette éruption, appelée encore mulberry rash (éruption mûricolore) par le professeur Jenner, sera l'objet d'une étude particulière (chapitre troisième). Quelquefois, pourtant, l'exanthème ne se présente pas. Au Val-de-Grâce, il a manqué 9 fois sur 63, mais jamais dans les cas graves ; il en a été de même en Orient. (Commun. orale de M. Tholozan.)

γ. *Période d'augment.* — On constate une aggravation de la plupart des symptômes précédents en même temps qu'il s'en présente de nouveaux. Le visage a pâli, mais la conjonctive n'a pas changé d'aspect. La céphalalgie, moins vive, est rem-

placée, du huitième au douzième jour, par la typhomanie. « Les impressions qui viennent des sens externes étant imparfaitement perçues par le sensorium, il arrive que les malades qui s'exercent sur ces impressions rêvent sans dormir (*d'où résulte la typhomanie*), et lorsqu'ils sont à demi endormis, ils gesticulent sans cesse, ils délirent avec une singulière incohérence sur des objets extérieurs, au milieu d'occupations continuelles, d'impressions intérieures, confondant les unes avec les autres ; ils ne délirent pas toujours, mais ce qu'ils font de raisonnable passe comme un songe; je ne crains pas de comparer cet état au somnambulisme, et je pense que l'insomnie continuelle des malades, jointe à la stupeur ou au demi-sommeil non réparateur, sont les causes principales de ce phénomène et de beaucoup d'autres. » (Hildenbrand, *op. cit.*, p. 70.)

La fièvre est intense, le pouls très faible ; le cœur a une impulsion peu énergique et qui souvent même n'est plus perceptible ; ses bruits ressemblent à ceux d'un cœur de fœtus (Charcot, d'après Stokes). L'exanthème cutané a pris une teinte violette, puis presque noire, principalement sur les parties déclives qui paraissent uniformément congestionnés.

L'état de la langue ne présente rien qui soit caractéristique ; le ventre est distendu par des gaz, et souvent la diarrhée annonce le terme de cette période. Jamais d'entérorrhagie. Il faut encore noter la contraction spasmodique des muscles du cou, de la mâchoire et de la glotte, d'où résultent probablement la dysphagie et l'aphonie communes à cette période. Enfin, on voit quelquefois le relâchement des sphincters avec de la tendance aux eschares dans toutes les parties qui supportent le poids du corps.

Je n'insisterai pas ici sur certaines complications : érysipèle de la face (Godélier), variole (Jenner), que l'on ne saurait considérer comme faisant partie intégrante de la maladie dont on vient de parcourir l'histoire.

δ. *Marche et terminaisons.* — Le typhus peut marcher d'une manière très rapide, comme on l'a remarqué en temps d'épidémie, et le malade succombe dans le cours de la période d'invasion. A la suite du frisson initial, les extrémités restent froides, la respiration anxieuse, l'affaissement extrême, le pouls petit et fréquent, et la mort ne se fait pas attendre ; c'est une véritable sidération. Mais, dans les cas ordinaires, la maladie est plus lente dans sa marche, et c'est seulement dans la période d'augment qu'on voit survenir la mort au milieu du coma, ou bien à la suite de convulsions ou encore d'une syncope.

Dans les cas heureux, un sommeil profond remplace le coma et dissipe *complétement* le délire. La face reprend son aspect normal, l'éruption pâlit, le pouls perd sa fréquence et l'appétit reparaît peu à peu (Godélier) ou d'une manière rapide (Jenner).

Quand le typhus se termine par la mort, il dure, en moyenne, 14 jours, ou seulement 11 jours d'après d'autres observateurs. Je n'oserais fixer ici la durée de la maladie dont l'issue est heureuse ; car il arrive souvent que le typhus, s'éloignant de son type primordial, ne conserve plus son allure et se trouve remplacé, d'une manière lente et insidieuse, par une nouvelle série d'états pathologiques, comme on a pu le voir récemment en Orient (Tholozan).

ε. *État du sang.* — Le sang de six malades atteints de typhus fever a été analysé par M. Rodier en 1847. La densité était normale, ou elle occupait les limites inférieures de l'état physiologique, ou bien elle était diminuée (*Chimie path.*, Becquerel et Rodier, p. 128). Le sang extrait de la veine, au début du mal, ne présente pas de couenne ; à une période avancée, il présente en général un caillot foncé en couleur, mou, diffluent.

C. Lésions cadavériques.

La plupart des altérations anatomiques signalées par les auteurs ne sont que des faits négatifs ou douteux ; aussi n'aurai-je pas à y insister longuement.

α. *Tête.* — La pie-mère et l'arachnoïde se laissent enlever avec une facilité anormale. Les vaisseaux de la pie-mère étaient congestionnés dans la moitié des cas , la substance cérébrale présentait la même congestion dans la moitié des sujets (Jenner, Tholozan).

Une hémorrhagie dans la cavité arachnoïdienne fut observée chez un huitième des sujets; cette hémorrhagie s'était faite avant la mort sans qu'il fût possible d'en trouver l'origine.

La sérosité trouvée à la surface convexe et à la base du cerveau, dans la cavité arachnoïdienne, était considérable. Cet *hydrocéphale*, qui enlève plusieurs malades atteints de typhus, mérite une sérieuse attention. (Horn , *Arch. für praktische Medizin und Klinik ;* juillet 1810. Berlin.)

β. *Abdomen.* — Chez 37 morts, l'estomac présenta quatre fois un ramollissement dans toute l'étendue de la membrane muqueuse; quatre fois le ramollissement près du grand cul-de-sac était arrivé à un degré tel, que toute l'épaisseur des parois y était ramollie, et qu'une légère pression la perforait.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle se présentait à l'état normal ou légèrement congestionnée et ramollie par places; mais point d'ulcérations (Godélier, Tholozan, Jenner, Stewart). D'autres fois on y trouva des ulcérations (Stokes); Magnus Huss dans son livre (*De la statistique et du traitement du typhus et de la fièvre typhoïde*, 1855, Suède) les a signalées 24 fois sur 100 autopsies. S'agissait-il, dans ces observations, de typhus bien tranchés ou de cas complexes? J'inclinerais volontiers vers la deuxième hypothèse : il en est de même pour les faits d'A. Flint.

Le gros intestin est normal ; les ganglions mésentériques ne sont jamais tuméfiés pour la plupart des observateurs.

La rate éprouve une augmentation de volume très considérable et en même temps un ramollissement très prononcé. D'après Jenner, les sujets au-dessus de 50 ans seraient à l'abri de ces altérations spléniques.

Le foie, les reins, le pancréas, deviennent assez flasques.

γ. *Thorax.* — Le tissu musculaire du cœur perd sa consistance, il se ramollit (Jenner, Stokes). L'endocarde présente parfois une teinte foncée.

La splénisation lobulaire des poumons avec rougeur et ramollissement de la membrane muqueuse bronchique a été vue fréquemment au Val-de-Grâce et en Irlande (Godélier, Stokes, H. Gueneau de Mussy). Jenner ne l'a jamais rencontrée à Londres.

Je passe sous silence certaines altérations observées dans le typhus ; elles sont d'un intérêt secondaire ou indépendantes de cette maladie.

CHAPITRE II.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Cette affection, qui s'observe très fréquemment à Paris, semble être aujourd'hui connue de tous les pathologistes ; aussi la description qui va suivre sera-t-elle très concise.

A. Définition.

La fièvre typhoïde est une pyrexie caractérisée par une altération spéciale des glandes de l'intestin et des ganglions mésentériques, et par une éruption particulière sur la peau de taches

rosées. Cette définition résume à peu près les opinions de MM. Chomel et Louis.

B. Symptômes.

α. *Prodromes*. — Dans les deux tiers des cas le début de la maladie est brusque; et les phénomènes précurseurs, dans les autres cas, sont constitués par du frisson, de la faiblesse des membres, de la tristesse, de la céphalalgie frontale avec épistaxis et de la diarrhée.

A partir de ce moment M. Chomel divise la marche de cette maladie en trois périodes ou septénaires.

β. *Première période*. Elle est caractérisée par les phénomènes suivants : céphalalgie contusive, obtusion de l'intelligence, quelquefois du délire; vertiges, éblouissements et tintements d'oreilles. Les malades sont, en général, couchés et dans la plus complète immobilité. On rencontre des hémorrhagies nasales qui peuvent donner lieu à des crachats noirâtres. Point d'appétit, soif vive, quelques nausées. L'abdomen est sonore, douloureux au niveau de la fosse iliaque où la pression détermine du gargouillement. Diarrhée presque constante. — La rate est augmentée de volume.

Peau chaude, présentant ou de la sécheresse ou de la moiteur; le pouls est ordinairement à 100, mou, dépressible.

Il y a souvent de la toux; râles sibilants et ronflants dans toute la hauteur de la poitrine; résonnance normale.

C'est à cette période qu'apparaît l'éruption typhoïde caractéristique dont il sera parlé plus loin (Chap. III, *B*, α).

γ. *Deuxième période*. — A la fin du premier septénaire, la céphalalgie a diminué ou cessé : les autres symptômes se sont aggravés. Il y a alors stupeur, soubresauts des tendons, carphologie, délire et surdité. Une certaine paralysie des muscles du pharynx et de l'œsophage gêne la déglutition; le ventre est de plus en plus distendu par des gaz au point de refouler le dia-

phragme et de rendre la respiration difficile. Les selles sont involontaires.

Le pouls, irrégulier, tombe quelquefois au-dessous de sa fréquence normale.

A cette époque on voit se manifester à la peau des sudamina, une tendance à la nécrose.

δ. *Troisième période.* — Si l'issue est funeste, les accidents augmentent constamment de gravité ; la face hippocratique se dessine ; des sueurs visqueuses et le coma annoncent la fin.

Dans le cas contraire, la stupeur cesse peu à peu, la bouche et la langue se dépouillent de leurs enduits, les eschares se détachent.

ε. *Marche.* — La fièvre typhoïde est ordinairement régulière dans sa marche ; mais quelquefois, et surtout dans la deuxième période, elle présente des exacerbations et des améliorations successives.

Essentiellement continente, la fièvre peut offrir des redoublement vers le soir.

La convalescence ne s'établit jamais avant la fin du deuxième septénaire, et elle peut varier du douzième au quatre-vingtième jour (Grisolle).

C'est généralement dans le deuxième septénaire que survient la mort.

η. *État du sang.* — Dans la première période, le sang peut présenter une couenne, mais jamais un retrait du caillot. Dans la période suivante, on a un caillot diffluent, mêlé à une sérosité trouble, rarement recouvert d'une couenne sans consistance et comme graisseuse (Bouillaud). A mesure que la maladie augmente d'intensité, la fibrine diminue et descend jusqu'à 0,9 sur 1,000 (la moyenne physiologique est 3) ; la quantité de globules augmente, mais vers la fin de la maladie elle diminue sensiblement (Piorry, Andral et Gavarret).

C. Lésions cadavériques.

α. *Tête.* Le plus souvent on ne trouve qu'un peu de piqueté et une diminution de consistance du cerveau; généralement il y a de l'infiltration séreuse sous-arachnoïdienne, dont l'abondance est en rapport direct avec la longueur de l'agonie.

β. *Abdomen.* — Les intestins sont, en général, distendus par des gaz; ils présentent la lésion caractéristique de la fièvre typhoïde vers la fin de l'iléon et à la face opposée à l'insertion du mésentère. Les follicules agminés de Peyer et les follicules isolés sont le siége d'un exanthème particulier auquel succède une ulcération. Cette éruption de l'intestin sera, plus loin, l'objet d'une étude particulière; aussi je ne m'y arrête pas (Chap. III, *A*, γ, 2°).

Les ganglions mésentériques, aussi constamment lésés que les follicules de l'intestin, sont d'abord simplement gonflés, puis ramollis, très rouges, quelquefois même infiltrés de pus. Les plus malades sont ceux qui avoisinent le cæcum.

L'estomac, souvent sain, présente quelquefois un ramollissement de la membrane muqueuse.

La rate est dans tous les cas, à de très rares exceptions près, ramollie et gonflée au point d'offrir quatre ou cinq fois son volume.

Le foie a perdu sa consistance normale; les reins sont quelquefois enflammés et parsemés de points purulents (Rayer).

γ. *Thorax.* — On rencontre, dans les poumons, l'engouement, la splénisation et l'apoplexie pulmonaire, quelquefois de l'inflammation lobulaire.

Le larynx présente des ulcérations.

Le cœur est flasque, l'endocarde imbibé de sang fluide.

CHAPITRE III.

PARALLÈLE DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

On vient de suivre l'évolution des différents phénomènes qui caractérisent et le typhus et la fièvre typhoïde ; mais là ne se borne pas la tâche qui m'est imposée par le sort. Ces descriptions tracées, il est vrai, d'une manière parallèle, ne constituent qu'un des éléments de la question ; à côté de cette étude il faut placer les faits qui séparent ou qui rapprochent ces deux affections l'une de l'autre. Tel est le travail que je vais accomplir, et je suivrai dans cette exposition l'ordre qui m'a précédemment guidé, c'est-à-dire que j'examinerai successivement les manifestations symptomatiques et les lésions cadavériques dans le typhus et dans la fièvre typhoïde, mais seulement au point de vue des analogies ou des dissemblances. Cette étude conduira directement aux considérations d'étiologie sur lesquelles doit se baser la solution d'une question si vivement controversée jusqu'à ces dernières années : je veux parler de l'identité ou de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde.

A. Lésions cadavériques.

α. *Aspect extérieur.* — 1° Typhus : La rigidité cadavérique disparaît rapidement chez les individus emportés par le typhus. On observe fréquemment une coloration verdâtre ou violacée sur le trajet des veines sous-cutanées ; les taches exanthématiques persistent après la mort.

2° Fièvre typhoïde : La rigidité cadavérique se rencontre longtemps après la mort ; on ne trouve ni la coloration du tégument qui recouvre les grosses veines, ni l'éruption qui a caractérisé la maladie durant la vie.

β. *Tête.* — 1° Typhus : La sérosité renfermée dans le crâne est plus considérable que dans la fièvre typhoïde. Dans un huitième des cas on a observé une hémorrhagie dans la cavité arachnoïdienne, hémorrhagie qui doit être très fréquente d'après le professeur Jenner. Hypérémie de la substance cérébrale.

2° Fièvre typhoïde : Les altérations de l'encéphale sont à peu près négatives. En règle générale, on trouve la substance blanche hypérémiée, de la sérosité dans les ventricules, de l'injection dans la pie-mère. Rarement rencontre-t-on du ramollissement cérébral, des adhérences entre la pie-mère et les circonvolutions ainsi que des dépôts pseudo-membraneux.

γ. *Abdomen.* — 1° Typhus : Les intestins ne présentent, en général, aucune altération; suivant d'autres, il y a des ulcérations de la membrane muqueuse dans un certain nombre de cas ; pour d'autres, enfin, « les plaques de Peyer sont toujours malades dans le typhus, et, à en juger par les apparences les plus évidentes, cette altération consisterait simplement en un léger développement anormal ou hypertrophique de ces glandes. » (Austin Flint, *Recherches cliniques sur la fièvre continue observée à North-Boston, comté d'Érié, États-Unis d'Amérique.*) Singulière dissidence !

Les ganglions mésentériques seraient quelquefois tuméfiés, même sans ulcération de l'intestin; le plus souvent ils sont normaux.

2° Fièvre typhoïde : L'intestin grêle présente une lésion constante ; lorsque ce viscère a été incisé le long de l'insertion du mésentère, on découvre deux ordres de tumeurs qui font saillie sur la membrane muqueuse. Les unes ressemblent à des pustules, elles sont arrondies et se rencontrent dans tout le pourtour de l'intestin ; les autres n'existent que sur le bord convexe ; leur longueur est de 3 à 9 centimètres, leur largeur de 2 à 3 centimètres.

C'est dans la moitié inférieure de l'iléon, ou, plus rarement,

dans toute son étendue, qu'on trouve les follicules isolés tuméfiés. Aussi est-ce à tort qu'on a continué à donner, d'après M. Louis, le nom de glandes de Brunner aux follicules isolés ; car on sait que les glandes de Brunner sont des glandes en grappe qui siégent dans le duodénum seul, et manquent aussi bien dans le reste de l'intestin grêle que dans le cæcum et dans le côlon. « Si l'on fait une coupe, disent MM. Littré et Robin, des plaques de Peyer ou des follicules isolés tuméfiés offrant une résistance semblable à celle que déterminerait une substance solide introduite entre les tuniques intestinales, on trouve successivement : 1° la muqueuse encore saine ou peu altérée ; 2° puis, au-dessous, la matière typhique occupant toute l'étendue de la plaque ou de la saillie formée par le follicule isolé induré; 3° le tissu cellulaire et la couche musculeuse. C'est cet état qui porte le nom de plaques dures (Louis) et de plaques gaufrées. Ce que l'on nomme plaques molles (Louis) et plaques réticulées (Chomel) n'est pas un mode d'altération distinct du précédent : c'est la phase du mal dans laquelle la muqueuse s'est ulcérée, et la matière typhique s'est désagrégée en se réduisant successivement en pulpe, en petits fragments, puis est tombée et a disparu en partie ou en totalité. C'est alors que les plaques se dessinent en creux et reposent sur le tissu cellulaire, en offrant à leur surface une trame aréolaire réticulée qui semble être formée du reste de la trame des glandes de Peyer plus ou moins détruites par la matière typhique qui en a pris la place. » (Robin et Littré, *Op. cit.*)

Ulcérations. — C'est la deuxième phase de l'énanthème typhoïque. Tantôt elles commencent par la muqueuse et tantôt par la matière jaune de la plaque pour s'étendre consécutivement à la muqueuse, à l'inverse de ce qui a lieu dans le premier cas.

En général, ces ulcérations représentent exactement les parties auxquelles elles succèdent, glandes ou follicules. Les ulcé-

rations des glandes ont de 7 à 9 centimètres, elles sont ovalaires ou elliptiques; celles des follicules sont circulaires et taillées en emporte-pièce. Nous disons *en général*, parce qu'il arrive quelquefois qu'elles en diffèrent, comme si le travail ulcératif s'était étendu au delà des limites des éléments envahis; les bords des ulcérations sont alors décollés dans une étendue plus ou moins grande.

Le fond de l'ulcère est rouge, brunâtre ou ardoisé, granuleux ou lisse. On y distingue souvent la couche musculeuse hypertrophiée. Quand elle a été détruite, le fond de l'ulcère est formé par le péritoine. Sur un douzième environ de sujets ayant succombé à la fièvre typhoïde, on trouve des perforations de la tunique séreuse; les matières stercorales sont épanchées dans la cavité du péritoine, et il existe des altérations caractéristiques de la péritonite partielle ou générale.

Le nombre des plaques malades varie de 1 à 40. Ce sont celles qui sont les plus voisines de la valvule iléo-cæcale qui sont les premières ulcérées (Grisolle).

« Il est difficile de rattacher à un point de vue physiologique quelconque la constance des ulcérations des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde. » (Bérard, *Cours de physiologie*, t. II, p. 418.)

Les ganglions mésentériques sont tantôt tuméfiés, sans autre changement notable, tantôt plus ou moins ramollis, quelquefois infiltrés de pus. En un mot, cette ganglionite est soumise aux mêmes variations que les follicules intestinaux eux-mêmes : intumescence et ramollissement, et l'intensité des lésions ganglionnaires est généralement en raison directe de l'étendue des altérations de l'intestin.

δ. *Thorax.* — Dans le typhus, comme dans la fièvre typhoïde, on rencontre des lésions dans les organes thoraciques, et la plus constante de part et d'autre, c'est la splénisation du poumon, ainsi que l'existence de noyaux apoplectiques.

B. Symptômes.

α. *Exanthème cutané.*— 1° Typhus. — L'éruption du typhus ne présente en aucune façon la forme papuleuse ; elle a été décrite sous les noms : d'éruption pétéchiale par tous les anciens auteurs, et sous celui d'éruption mûricolore (mulberry rash) par Jenner dans le typhus fever. Borsieri en avait déjà tracé les principaux caractères ; mais c'est au professeur de Londres que j'en emprunterai la description. Je ne ferai, du reste, qu'imiter M. Godélier, l'historien de l'épidémie du Val-de-Grâce.

Cette éruption se compose de deux espèces de taches : les taches distinctes et les taches sous-cuticulaires.

Les *taches distinctes* passent par trois périodes :

1re *période.* — Au moment de leur apparition, les taches sont d'une couleur rouge obscur, très légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau. Chaque tache est aplatie à sa surface ; ses contours sont irréguliers ; ses bords, mal limités, se perdent insensiblement dans la couleur de la peau environnante. Elles disparaissent momentanément sous la pression du doigt, et varient en étendue depuis un simple petit point jusqu'à 3 ou 4 lignes de diamètre. Les plus grandes paraissent formées par la réunion de deux ou plusieurs petites, et leur forme est aussi plus irrégulière que celle de ces dernières.

2e *période.* — Après un, deux ou trois jours, ces taches subissent un changement marqué : elles ne sont plus élevées au-dessus du niveau de la peau ; elles ont gagné une couleur plus foncée et plus sombre ; les bords sont mieux dessinés qu'au début de l'éruption, et, malgré la plus forte pression, les taches ne disparaissent pas entièrement.

3e *période.* — Dans d'autres cas, elles passent à une troisième période : leur centre devient d'une couleur pourpre foncé, et ne change plus sous la pression ; mais la circonférence seule pâlit

encore, ou bien toute la tache se change en véritable pétéchie, c'est-à-dire en tache offrant la couleur cramoisi foncé ou pourpre, ne changeant pas sous la pression, à bords nettement dessinés et de niveau avec le reste de la peau. Ce changement s'observe le plus souvent au dos, aux plis du coude, aux aines.

L'*éruption sous-cuticulaire*, lorsqu'elle est très abondante, offre ordinairement l'apparence de nombreuses taches, qui sont pâles, imparfaitement dessinées, et qui se confondent les unes avec les autres. On ne les voit qu'indistinctement et comme si elles étaient situées sous l'épiderme. Elles donnent souvent à la peau un aspect tigré, et c'est sur cette surface maculée, que j'ai désignée sous le nom d'*éruption sous-cuticulaire*, que sont situées les *taches distinctes* plus foncées. Elle peut précéder les taches distinctes ou en être précédée d'un jour ou deux, c'est-à-dire que, pendant un jour ou deux, l'éruption est très pâle, et qu'alors quelques taches deviennent plus distinctes ; ou bien des taches bien marquées apparaissent d'abord, et puis après un jour ou deux l'éruption devient plus abondante.

Les variations dans le degré absolu ou relatif de l'éruption sous-cuticulaire, dans le nombre des taches distinctes, comme aussi dans leurs couleurs respectives, donnent lieu à une grande différence dans l'aspect général de l'éruption. Elle ressemble quelquefois tellement à la rougeole, que ce n'est qu'avec difficulté qu'on parvient à la distinguer. D'autres fois, elle présente cet aspect de la peau que l'on a désigné sous le nom de peau *tigrée;* d'autres fois encore elle est si pâle, qu'il faut un œil exercé pour la découvrir.

Dans la grande majorité des cas, les taches sont très nombreuses, très rapprochées les unes des autres, de manière à recouvrir quelquefois la presque totalité de la peau. Dans un petit nombre de cas, cependant, leur quantité est comparablement petite; elles sont alors très pâles et très espacées.

Les taches ont pour siége ordinaire le tronc et les extrémités,

mais parfois elles sont limitées au tronc seul et se montrent aussi à la face.

Leur nombre acquiert son maximum les premier, deuxième ou troisième jours de l'éruption; de ce moment, il n'en apparaît plus de nouvelles, et toutes restent visibles depuis le moment de leur apparition jusqu'à l'entière disparition de l'éruption. (Jenner, *Op. cit.*)

C'est à cet ensemble, donnant à la peau un aspect tigré que le médecin anglais a assigné la dénomination de *mulberry rash* (éruption mûricolore). Il semble en effet, dans cette circonstance, que le malade a été frotté avec du jus de mûres.

« Dans certains cas, cette éruption pétéchiale a fait défaut; elle peut même n'apparaître qu'après la mort, comme dans la peste. » (Pringle, p. 119.) « Dans un petit nombre de cas, au lieu de taches, j'ai remarqué des raies pourprées et des pustules qui sont peut-être plus à craindre. » (*Ibid.*)

Les *sudamina* ont été observés, dans ces dernières épidémies, vers la fin du deuxième septénaire. Mais, dit Hildenbrand, ls ne constituent pas un phénomène indispensable de cette maladie. C'est aussi l'opinion de Magnus Huss : « Il ne m'est jamais arrivé, dit Pringle, d'apercevoir des éruptions miliaires dans les fièvres des prisons et d'hôpital » (p. 135).

2° *Fièvre typhoïde.* — Dans la plupart des cas, l'exanthème cutané a la forme papuleuse. C'est ce que M. Louis a décrit sous le nom de *taches rosées lenticulaires.* Il présente les caractères suivants : ces papules sont légèrement élevées au-dessus de la peau, leur sommet n'est jamais acuminé ni aplati; il est au contraire constamment arrondi, tandis que la base se continue insensiblement avec la peau environnante. On n'y trouve point de vésicules. Leur forme est circulaire, leur couleur rose tendre, et leur diamètre de 1 à 2 millimètres.

Ces papules disparaissent *complétement* sous la pression du doigt, pour reprendre immédiatement leur forme primitive.

Aussi longtemps qu'elles existent, elles conservent leurs caractères, et quand elles disparaissent, elles ne laissent jamais de traces après elles, de même qu'on ne les voit point se transformer en pétéchies ni en quelque chose d'analogue.

Cet exanthème subsiste ordinairement trois à quatre jours, et depuis le cinquième jour jusqu'au trentième (Jenner) ou jusqu'au trente-cinquième jour (Grisolle), on assiste ainsi, tous les jours ou tous les deux jours, à des éruptions nouvelles et successives de cet exanthème.

Le siége ordinaire de ces taches est l'abdomen; puis, en diminuant de fréquence, la poitrine, le dos, et rarement les membres. Leur nombre peut varier de 1 à 100.

Les sudamina observés dans un grand nombre de cas n'ont aucune importance séméiologique. On les rencontre dans un grand nombre de maladies aiguës. Magnus Huss, en Suède, ne les a vus qu'une seule fois sur 192 malades.

β. *Habitude extérieure, expression de la face.* — 1° Typhus : Dans aucun cas, la face ne conserve son expression normale ; le plus souvent la physionomie a quelque chose de si particulier, que l'on pourrait, avec ce seul symptôme, diagnostiquer le mal. C'est de l'accablement, de la stupeur, et une sorte de confusion des traits semblable à ce qui s'observe chez l'ivrogne qu'on veut tirer de son sommeil. Il y a absence totale de toute expression automatique, comme aussi de toute expression d'anxiété mentale. Le teint de la face devient sale et terreux.

2° Fièvre typhoïde : Chez la majorité des malades, il y a de l'abattement, de la stupeur et un peu d'anxiété ; quelquefois l'expression de la face est presque naturelle pendant tout le cours de la maladie. Le teint ne s'altère guère.

γ. *Céphalalgie.* — 1° Typhus : Céphalalgie frontale parfois légère (Jenner), toujours cruelle et déchirante (Chauffard), cessant vers le dixième ou le douzième jour.

2° Fièvre typhoïde : La céphalalgie est un des premiers symptômes. Généralement bornée au front, sans caractère défini, elle varie d'intensité et peut persister jusqu'à la fin du deuxième ou jusqu'au milieu du troisième septénaire.

δ. *Délire, somnolence, coma vigil.* — 1° Typhus : Le délire est généralement peu violent, peu agité, et le malade reconnaît assez facilement ses erreurs pendant le début ; mais bientôt surviennent les idées fantastiques, l'imagination est à la poursuite des fantômes qu'elle s'est créés : c'est le délire fantastique d'Hildenbrand ou la typhomanie.

La somnolence assez fréquente varie d'intensité et passe par degré au coma vigil. « Je donne ce nom (coma vigil), dit Jenner, à un état maladif tout à fait particulier, et dans lequel le malade reste couché, immobile, les yeux largement ouverts ; il est évidemment éveillé, mais insensible ou indifférent à tout ce qui l'entoure. Ce n'est donc point cet état dans lequel le malade reste endormi des heures entières, prétendant, à son réveil, qu'il n'a point fermé les yeux. » (*Op. cit.*, p. 42.) Le coma vigil existait dans le cinquième des cas ; il est le précurseur d'une terminaison fatale (*ibid.*).

2° Fièvre typhoïde : Le délire est très fréquent et se rencontre, d'ordinaire pour la première fois, le soir, après que les malades ont dormi une partie de la journée. Son intensité est variable ; quelquefois il se borne à de la loquacité, d'autres fois il est violent.

La somnolence varie depuis l'assoupissement jusqu'à une profonde stupeur. Rarement voit-on le coma vigil décrit précédemment.

ε. *Symptômes fournis par les organes des sens.* — 1° Typhus : Point d'épistaxis, ou leur apparition n'est du moins pas ordinaire.

Des bourdonnements d'oreilles très pénibles se manifestent dès les prodromes (Hildenbrand), et ne cessent qu'avec la maladie.

Les conjonctives sont fortement injectées, les pupilles assez souvent contractées.

2° Fièvre typhoïde : Épistaxis très fréquentes au début de la maladie. Le tintement d'oreilles existe sans présenter l'intensité qu'il affecte dans le typhus. On n'observe pas d'ordinaire l'injection des conjonctives; les pupilles sont souvent dilatées.

ζ. *État de la langue.* — 1° Typhus : Les malades ne peuvent tirer la langue; celle-ci est tremblotante (Hildenbrand, Rasori, Chauffard, Godélier), sèche, râpeuse et comme grillée, recouverte d'enduit noirâtre.

2° Fièvre typhoïde : Langue sèche, étroite, à bords rouges, à surface lisse et recouverte d'un enduit légèrement brun et tirant sur le jaune, fendillée et ayant dans l'intervalle de ces fissures une surface d'un rouge vif. Le malade peut tirer la langue.

η. *Symptômes fournis par l'abdomen.* — 1° Typhus : Le gargouillement iliaque n'existe jamais, même quand il y a de la diarrhée. Jenner ne l'a observé qu'une fois.

La constipation ou les selles normales sont la règle. Sur 2,000 cas on n'a vu qu'une seule entérorrhagie.

2° Fièvre typhoïde : Quelquefois il y a de la constipation au début du mal, mais la diarrhée s'établit à mesure que la fièvre typhoïde se prononce. Le gargouillement de la fosse iliaque ne fait presque jamais défaut. Dans un quart des cas on observe des hémorrhagies intestinales.

θ. *Symptômes fournis par la poitrine.* — 1° Typhus : Les accidents pulmonaires ne se déclarent qu'après la confirmation de la maladie.

2° Fièvre typhoïde : Dès la période prodromique on rencontre les signes de la bronchite qui se transformeront plus tard en ceux d'une pneumonie véritable.

C. Étiologie.

Au nombre des questions étiologiques qu'il importe d'élucider, il en est quelques-unes du plus haut intérêt et qui réclament une étude particulière, tandis qu'on peut aisément négliger certaines conditions sur lesquelles on a établi des statistiques nombreuses. Parmi ces dernières se trouve l'influence du sexe, de l'âge, de la constitution, des professions, etc., et les conclusions qui en résultent, relativement à la distinction du typhus et de la fièvre typhoïde, présentent un caractère assez douteux pour qu'il soit permis de les passer sous silence. Il n'en est plus de même si, en suivant le mode de propagation de ces maladies, on cherche à en établir le caractère contagieux ou non contagieux. C'est donc cette question que je vais examiner.

Contagion, infection. — Faut-il considérer le typhus et la fièvre typhoïde comme deux maladies contagieuses? Question diversement interprétée et qui mérite cependant une appréciation rigoureuse par rapport aux règles prophylactiques qui en découlent.

α. Mais avant d'entrer dans cette discussion, il est nécessaire de préciser ce qu'il faut entendre par contagion et infection, car ces deux mots paraissent avoir été détournés de leur signification primitive. Il est, sans doute, assez difficile de fixer d'une manière irrévocable les limites de l'infection et de la contagion; c'est pourquoi nous laissons parler un observateur éminent, qui a cherché à élucider cette question. « Dans l'infection, dit Dupuytren, la cause première du mal est l'action que les hommes réunis et entassés dans les lieux bas, étroits, obscurs et malpropres, que des substances animales ou végétales en décomposition, exercent sur l'air ambiant; les émanations dont l'air est chargé agissent à la manière d'un gaz délétère. Ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans la contagion : ici la maladie n'a plus besoin, pour se reproduire, de l'intervention des causes

qui lui ont donné naissance; elle se reproduit en quelque sorte par elle-même, et indépendamment, du moins jusqu'à un certain point, des conditions atmosphériques. » (*Mémoires de l'Académie des sciences*, 1825). Si l'on réfléchit à cette définition, il devient moins difficile de trancher la question. En effet, toute maladie transmissible par infection suppose, nécessairement et toujours, l'altération de l'air atmosphérique, et les milieux, d'où se dégagent les principes pathogénésiques, sont autant de foyers qui n'ont d'action que dans une certaine sphère, et sur les individus prédisposés à contracter l'infection miasmatique. A leur tour, ces individus deviennent autant de foyers d'infection, et répandent dans l'atmosphère des miasmes capables de transmettre la maladie à d'autres individus également prédisposés. Le mal se communique, il est vrai, d'un individu qui en est atteint à un individu qui est sain ; mais ce n'est point par contact, c'est seulement à la faveur de l'intervention de l'air altéré. Il n'y a donc pas alors contagion, mais infection : ceci étant bien établi, les variétés et les distinctions qu'on avait admises dans les différentes contagions deviennent donc à peu près inutiles. Dès lors la surface pulmonaire est évidemment la voie par laquelle les principes délétères pénétreront dans l'organisme quand un contact *direct* n'aura pas présidé à la contamination.

β. *Développement et propagation du typhus.* — Au milieu de quelle circonstance survint le typhus qui sévit si violemment sur l'armée d'Orient? Je laisse parler ici M. Godélier, qui a résumé d'une manière très lucide le développement de cette maladie.

« L'origine du typhus du 50e, dit-il, est parfaitement évidente. Les conditions de long séjour au pied de Sébastopol avaient créé une prédisposition incontestable à son invasion ; mais il n'est point, à proprement parler, de provenance criméenne. Il est né sur le *Monarque*, et du *Monarque* même.

» Le *Monarque* est un peu plus grand qu'un vaisseau de guerre

à deux ponts ; mais cet avantage est plus que compensé par l'absence des sabords, dont l'ouverture pendant le jour eût favorisé considérablement l'aération du bâtiment.

» Il est partagé en trois étages. L'inférieur renfermait une grande quantité de matières putréfiables, qui se décomposèrent et donnèrent lieu à un dégagement de gaz méphitiques, auquel il fallut remédier par un nettoyage général courageusement exécuté par le soldat, et par l'aspersion de chlorure de chaux liquide.

» Le deuxième pont, réservé à la troupe, ne recevait l'atmosphère extérieure qu'au moyen de plusieurs conduits verticaux, et ne communiquait largement qu'avec l'étage inférieur, où se déversait une grande partie des miasmes de la cale.

» C'est dans cet espace, occupé par près de 800 hommes, que, dans sa précédente traversée de Marseille à Kamiesh, le *Monarque* avait logé 350 chevaux, qui y avaient laissé des traces de leur séjour. En ce moment même, il avait fallu placer à l'une des extrémités de cet entrepont quatre chevaux et une demi-douzaine de bœufs. C'était une écurie infecte. Dès qu'on y pénétrait, on était vivement impressionné par une odeur des plus nauséabondes. Telle est l'atmosphère, saturée encore par les émanations de tant d'hommes entassés, qu'il a fallu respirer presque constamment pendant cinquante jours. Que pouvaient les mesures hygiéniques en présence de ces détestables conditions si longtemps subies ?

» La troupe recevait deux rations de vin par jour, de la viande fraîche ou salée, du lard, du riz, du biscuit et du pain ; mais les légumes frais firent toujours défaut. Le soldat finit par se dégoûter de la viande et du riz, et la préparation des aliments laissant beaucoup à désirer, il se nourrissait presque exclusivement de café et de biscuit ; son alimentation devint alors très insuffisante.

» Ajoutons encore le défaut d'exercice corporel, le mal de mer

par des gros temps et l'ennui, l'ennui presque intolérable d'une situation qui semblait se prolonger indéfiniment.

» C'est au milieu de ces circonstances antihygiéniques si fatalement accumulées que le typhus prit naissance. » (Godélier, Mémoire cité.)

A côté de cette description, le passage suivant d'Ozanam trouve sa place et donne une confirmation complète à l'observation de M. Godélier.

« Qui ne connaît point l'histoire des fameuses assises de Old-Bailey, le 11 mai 1750, où presque tous les assistants périrent, excepté ceux qui se trouvèrent à la droite du président, près duquel une fenêtre était ouverte. Le fait suivant, cité par l'historien anglais Camden, n'est pas moins déplorable :

» Pendant la tenue des assises d'Oxford, en 1577, pour juger le libraire Roland Jankins et autres détenus qui avaient outragé le roi par des paroles et des écrits injurieux, les exhalaisons que répandirent les accusés dans la salle d'audience, soit par la transpiration de leurs pieds, soit par leur malpropreté (ayant été renfermés pendant longtemps dans des cachots privés d'air), jointes aux émanations d'une assemblée extrêmement nombreuse, occasionnèrent une maladie si terrible parmi les assistants et les juges, que, dans l'espace de quarante jours, plus de trois cents personnes en moururent. Les Anglais appellent encore ce jour-là : *The mournful day of justice* (le jour noir de la justice). Cependant cette maladie ne fut point contagieuse ; car ces trois cents malades, habitant différents quartiers de la ville, l'auraient communiquée à d'autres personnes, ce qui n'eut pas lieu. C'était proprement une maladie méphitique. » (Ozanam, *Op. cit.*, t. Ier, p. 50.)

Cette génération spontanée du typhus ne laisse donc aucun doute , et justifie une fois de plus ces paroles de Pringle : « Lorsque, en quelque temps que ce soit, l'air est resserré et renfermé, il en résulte une fièvre d'une espèce particulière et

souvent mortelle. J'ai remarqué la même sorte de fièvre dans des vaisseaux de transport trop chargés de monde et retenus longtemps en mer par des vents contraires; ou bien lorsque, dans des temps orageux, les hommes sont pressés les uns contre les autres, et que les écoutilles sont fermées. » (Pringle, *Maladies des armées*, 1771, p. 84.)

Quand le typhus s'est développé, à quelles lois est-il soumis dans sa propagation? C'est encore M. Godélier qui en donne le récit :

« Le 3e bataillon de chasseurs n'avait pas eu le typhus en Crimée.

» Le *Glascow* débarque ses malades à Constantinople, et, sans avoir été nettoyé, comme il devait rentrer en Angleterre, il reçoit à leur place le 3e bataillon de chasseurs et 80 congédiés de divers corps, et part en remorquant le *Timour*, abandonné par la troupe, parce qu'il était moins spacieux. On est retenu huit jours à Baïcos, pendant lesquels il y eut peu de malades et nulle apparence de typhus. Mais, dans les trois jours de traversée de Baïcos à Malte, l'équipage anglais de 90 marins donne 12 malades et 1 mort, le bataillon 5 malades, et les congédiés 7. Tous présentaient les mêmes symptômes : fièvre avec agitation, rêvasseries et délire nocturne, prostration profonde, absence de diarrhée. Le docteur France, médecin-major du 3e chasseurs, insiste pour que l'on débarque tout le monde, pour que l'on nettoie le bâtiment et que l'on abandonne le *Timour*, qui retarde sa marche. On fait droit à ses demandes. Après deux jours de relâche, le *Glascow* nettoyé reprend la mer avec ses passagers rafraîchis, et il arrive en trois jours à Marseille, le 29. Le docteur France n'eut que 5 ou 6 typhiques à envoyer au lazaret de Marseille; il en avait laissé à Malte 12 du bataillon, sur lesquels 8 ont succombé.

» Le 30 janvier, le bataillon part de Marseille pour Paris, par étapes. Il dépose en route une vingtaine de typhiques dans les

hôpitaux, et arrive à Vincennes le 3 mars. Dans le courant de ce mois, il a envoyé encore quelques typhiques au Val-de-Grâce. » (Godélier, *loc. cit.*)

M. Chauffard a aussi insisté sur ce mode de propagation, et je ne crois pouvoir mieux faire que de lui emprunter ses propres paroles :

« Trois ou quatre jours après l'arrivée de ces malades (armée d'Orient), et alors que le typhus me préoccupait, un militaire venant de l'hôpital de Dolma-Batchi fut pris de frisson, de fièvre, de surdité, de délire, et enfin présenta l'exanthème. Peu de jours après, un autre soldat, étranger à l'armée d'Orient, fortement constitué, en séjour dans nos salles pour une fièvre quarte opiniâtre, mais vigoureux encore malgré les fréquentes récidives de cette intermittente, fut aussi frappé et plus terriblement. En rapprochant ces derniers faits, qui d'ailleurs se multiplièrent rapidement, il nous fut impossible de méconnaître les caractères et la présence du typhus contagieux. Pendant tout le mois de mars et la première moitié d'avril, la contagion sévit dans les salles des militaires. Ceux-ci ne furent pas seulement atteints : deux dames religieuses furent saisies, et l'une d'elles succomba. Deux infirmiers des mêmes salles eurent le même sort; l'un d'eux, veilleur de la salle, était sorti le 24 mars pour échapper à la contagion ; mais il en emportait le germe, et le 31 mars il rentrait à l'hôpital atteint d'un typhus qui l'enleva en peu de jours. Deux autres domestiques de l'hôpital, l'un chargé du soin de l'amphithéâtre et de la salle des morts, l'autre aveugle et préposé aux bains, furent atteints également. Le premier venait habituellement passer l'après-midi dans la salle des militaires ; il mourut dans d'horribles agitations, exhalant une odeur affreuse, le corps tout couvert de vibices et de larges plaques ecchymotiques. Le second n'entrait jamais dans les salles infectées, mais il était en communication avec les autres infirmiers et dînait tous les jours à côté de l'un de ceux que la contagion

avait gagnés; il guérit heureusement. » (Chauffard, p. 8.)

Que si l'on examine les faits cités par les auteurs anglais et américains, on trouve que le typhus fever suit dans sa propagation la même loi que le typhus des camps.

En résumant et en s'appuyant sur les faits qui précèdent aussi bien que sur l'opinion de Pringle et d'Hildenbrand, opinion qui rapporte le typhus à l'atmosphère des hôpitaux, des prisons, des camps, altérée et surchargée de beaucoup d'exhalaisons ou de matières organiques en fermentation putride, on peut admettre que le typhus se propage bien moins par un contact *direct* que par l'atmosphère créée par le malade et pénétrant dans un organisme sain à travers la muqueuse pulmonaire. En un mot, le typhus des camps, des hôpitaux, etc., n'est pas contagieux (nom sous lequel il a été décrit pendant longtemps): le typhus est infectieux.

γ. *Développement et propagation de la fièvre typhoïde.* — Tous les auteurs s'accordent aujourd'hui à reconnaître que l'encombrement et l'arrivée récente dans un grand centre de population ou, en d'autres termes, le non-acclimatement, sont les causes qui favorisent le développement de la fièvre typhoïde, et M. le professeur Piorry a résumé d'une façon très remarquable les divers documents relatifs à ce point d'étiologie. (Piorry, *Traité de médecine pratique*, t. III, article *Septicémie*.)

Mais la propagation du mal peut-elle se rapporter à la contagion? Après M. Bretonneau, M. Marc d'Espine (*Archives générales de médecine*, 1849), qui a surtout défendu la contagion, a écrit que les localités ou les maisons dans lesquelles on en observe des cas ne sont pas très nombreuses; mais alors on observe assez souvent que, lorsqu'un cas apparaît dans une famille, d'autres y surviennent, puis les autres habitants de la maison en sont atteints en partie. « Je me souviens, dit-il, d'une maison située dans le bas de notre ville, et divisée en un assez grand nombre de petits appartements occupés par des ménages

de modeste condition, qui se trouvait, il y a quelques années, renfermer, dans un même mois d'automne, une quinzaine de cas d'affection typhoïde visités par divers médecins de la ville, soit à peu près le quart des habitants de la maison. Or, à ce moment, il n'existait pas d'épidémie générale d'affection typhoïde, et tous ces cas ont suivi leur évolution sans propager la maladie ni dans la ville ni même dans le quartier. L'année précédente, la même chose était arrivée dans deux maisons contiguës situées dans le faubourg des Eaux-Vives. » Et d'aprés l'exposition de ces faits, ce médecin conclut que l'affection typhoïde est plus contagieuse qu'épidémique. Il serait superflu de chercher d'autres preuves contre la contagion, si cet auteur ne nous fournissait lui-même l'argument le plus puissant qu'on soit en droit d'invoquer en faveur de l'infection. Après avoir décrit l'histoire de plusieurs femmes qui prirent le mal en soignant d'autres typhoïques, M. Marc d'Espine ajoute : « Ce qui est remarquable, c'est que les personnes atteintes ainsi par la contagion à des époques et même dans des années diverses, chacune dans une famille et dans une localité différentes, sont toutes du sexe féminin, circonstance encore plus probante en faveur de la contagion; car ce sont les femmes, et non les hommes, qui soignent les malades de leur famille avec le plus d'assiduité et de persistance, puisqu'elles demeurent dans la maison tandis que les hommes vont et viennent à cause de leurs affaires. » Quelle est donc la conclusion à laquelle on est conduit par un des plus zélés défenseurs de la contagion? La fièvre typhoïde se propage avec une très grande facilité dans une même maison, dans un même quartier; les individus qu'elle frappe de préférence sont ceux qui restent constamment à côté des malades, c'est-à-dire ceux qui respirent sans cesse un air vicié par les malades; tandis qu'elle respecte les personnes qui, ayant eu quelque contact avec des typhoïques, n'ont pas séjourné dans leur atmosphère et ont pu, soit en se promenant à l'air libre, soit en se transportant dans un milieu

exempt de toute souillure, annihiler l'influence des quelques miasmes inspirés. Mais puisqu'il faut un séjour prolongé à côté des malades, comme le fait est démontré par M. Marc d'Espine lui-même, la propagation du mal n'a donc pas lieu par contagion; c'est plutôt par infection que se communique l'affection typhoïde.

Si maintenant on passe en revue les faits avancés par MM. Bretonneau, Leuret, Gendron et Louis, en faveur de la contagion de la dothiénentérie, on arrive encore au même résultat. Ainsi, en se résumant, M. Gendron dit que les douze épidémies qu'il a observées offrent toutes l'exemple d'un individu important la maladie qu'il avait contractée dans un lieu plus ou moins éloigné, auprès d'individus atteints de la même affection. Les membres de la famille étaient d'abord atteints, et, ajoute cet observateur, « la maladie était ensuite communiquée aux personnes qui étaient *le plus* en relation avec elle. » Or, est-ce un caractère de contagion plutôt que d'infection, et l'infection ne serait-elle pas ainsi démontrée par M. Gendron.

Mais, a-t-on dit, ce qui caractérise une infection, c'est que plusieurs individus soumis à la même influence sont frappés simultanément. Bien que dans l'état actuel de la science il ne soit pas possible de préciser le temps que réclame une maladie pour que l'infection puisse avoir lieu, il est permis toutefois d'affirmer qu'un séjour de longue durée auprès d'un typhoïque est nécessaire pour la propagation du mal. D'ailleurs ne voit-on pas chaque jour plusieurs individus exposés à un même foyer d'infection être inégalement atteints? Les fièvres intermittentes que Rœderer et Wagler ont rapprochées de l'affection typhoïde, ne frappent-elles pas d'une manière très peu uniforme des groupes d'individus qui ont pourtant été soumis aux effluves marécageuses pendant le même espace de temps? Cette objection ne peut donc être soutenue avec succès, puisqu'elle manque de vérité dans la maladie infectieuse par excellence, les fièvres

marématiques. De plus j'ai recueilli l'observation de plusieurs individus frappés de la fièvre typhoïde dans les salles des hôpitaux, alors qu'ils étaient venus réclamer des soins pour d'autres souffrances; dans ces circonstances, il n'y eut aucune communication avec des gens primitivement atteints, et c'est l'air des salles qui, agissant d'une manière continue, avait dû infecter ces personnes. Plusieurs auteurs, il est vrai, et principalement M. Bretonneau, ont admis que la contagion pouvait s'opérer par les linges et la literie qui avaient servi antérieurement à d'autres typhoïques; à cet argument, qu'on peut considérer comme le dernier refuge des contagionistes, je répondrai par quelques paroles empruntées elles-mêmes à un partisan de la contagion : « Puisque c'est par les poumons et non par la peau qu'agissent les matières putrides, il en résulte qu'il faudra plutôt éviter une habitation insalubre et la respiration d'un air altéré que le contact sur le tégument des substances présumées capables de produire la contagion de la septicémie. » (Piorry, *loc. cit.*) Enfin, l'immunité que les vieillards semblent posséder vis-à-vis la fièvre typhoïde, ne vient-elle pas donner une confirmation à cette manière de voir? « Les vieillards, en raison de l'atrophie de leur appareil aérien et de la réduction de leur pouvoir respirateur, se ressentent moins des inconvénients de l'air confiné, et, dit M. Michel Lévy, la rareté de la fièvre typhoïde, à cet âge, serait-elle due à cette circonstance? » (*Traité d'hygiène*, 1850, t. I, p. 643.) L'organe pulmonaire est donc, pour tous ces observateurs, la voie de communication du mal.

Si l'on tient donc à simplifier cette question, on avouera qu'il ne s'agit plus alors de contagion, et que cette propagation du mal est celle qui a été décrite plus haut (α) sous le nom d'infection, et l'on est en droit d'émettre des doutes sur la propriété contagieuse de la fièvre typhoïde; peut-être serait-il plus rationnel d'admettre que cette maladie se communique par infection, caractère qui rapprocherait ces deux typhus, le typhus des

camps et le *typhus abdominalis* des Allemands ou fièvre typhoïde de Paris.

CHAPITRE IV.

DE L'IDENTITÉ OU DE LA NON-IDENTITÉ DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Les données symptomatologiques, anatomiques et étiologiques qui viennent d'être exposées ont déjà montré que, s'il existe des caractères communs au typhus et à la fièvre typhoïde, il en est quelques-uns aussi qui permettent de distinguer ces deux maladies l'une de l'autre : tel est, par exemple, l'énanthème intestinal, altération propre à la fièvre typhoïde. Mais si l'on considère que, d'après l'aveu de savants cliniciens, cette lésion peut manquer quelquefois et que les manifestations symptomatiques ne sont pas toujours en relation directe d'intensité avec les désordres observés *post mortem*, on doit se demander quel est le caractère indélébile qui doit séparer ou rapprocher ces deux maladies. En un mot, sur quelle base établir l'identité ou la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde ?

α. Il ne s'agit pas de savoir si toutes les observations de typhus se ressemblent au point d'être identiques ; on sait trop bien qu'il n'est pas deux observations de la même maladie qui présentent ce caractère. Ce qu'il importe d'établir, c'est qu'il y a ou non entre le typhus et la fièvre typhoïde la même différence qu'entre la scarlatine et la variole, par exemple. Ces deux dernières affections constituent, en effet, des fièvres exanthématiques ; mais elles se distinguent : 1° par la différence, dans l'immense majorité des cas, de leurs symptômes généraux ; 2° par la non-identité de l'exanthème ; 3° par la différence des caractères anatomiques ; 4° et surtout par leur spécificité ou

l'impossibilité pour chacune d'elles d'engendrer l'autre maladie, bien qu'elles soient toutes deux réputées contagieuses.

β. Et d'abord une observation préalable trouve ici sa place; elle légitimera l'opinion qui m'a fait confondre dans une seule description deux affections qu'on a jusqu'ici séparées. Ainsi, tandis que Valleix réunit la fièvre typhoïde au typhus des camps, il distingue nettement ce dernier du typhus fever. Or, les observateurs qui ont assisté à la dernière épidémie de typhus ont tous conclu à l'identité de ce typhus et de celui qui a été décrit par Borsieri, Pringle, Huxham et Hildenbrand. De plus, ces mêmes cliniciens comparant leurs faits avec les histoires du typhus fever, ont emprunté aux auteurs anglais et américains la description qu'ils donnent des caractères du typhus fever et avouent qu'il y a similitude complète entre l'épidémie d'Orient (1855) et celle qui est décrite par Jenner. Déjà M. H. Gueneau de Mussy, témoin du typhus fever en Irlande (1847), avait été conduit à admettre que cette maladie ne saurait être distinguée du typhus des camps (Grisolle, *Op. cit.*, p. 59 et 61), contrairement à l'opinion de Valleix, qui n'admettait pas cette identité. En mettant donc en parallèle les observations citées de part et d'autre et en remarquant que dans toute maladie exanthématique, l'éruption étant semblable, l'affection doit être la même, on peut conclure avec M. Charcot (*Op. cit.*, p. 75) que *le typhus fever n'est autre que la fièvre pétéchiale des anciens; c'est le typhus exanthématique ou pétéchial de quelques modernes.*

γ. Si l'on arrive à la fièvre typhoïde, on se trouve en présence de deux opinions différentes : la première considère le typhus comme une variété de la fièvre typhoïde (Sydenham, Cullen, Chirac, Stoll; MM. Chomel, Gaultier de Claubry, Landouzy, et, en Allemagne, Rokitansky et Küchler). La doctrine opposée consacre la non-identité de ces deux maladies; elle compte chaque jour de nouveaux défenseurs à mesure que les faits se produisent, et elle a été soutenue principalement par MM. Gerhard, de Phi-

ladelphie, 1837; Shattuck, de Boston, 1839; Stewart, 1840; H. Gueneau de Mussy, 1847, et plus récemment Jenner et Upham, 1852.

Or, il y a manifestement différence entre les symptômes généraux, l'exanthème et les caractères anatomiques du typhus et de la fièvre typhoïde. Mais, dans une maladie spécifique, le caractère essentiel de la maladie, c'est la cause; et la cause morbifique n'emprunte-t-elle pas son cachet de spécificité à la propriété qu'elle possède de se reproduire toujours la même chez les individus soumis à son action? On trouve ce caractère distinctif dans la scarlatine comme dans la variole; le même fait se rencontre dans le typhus et la fièvre typhoïde. 1° Jamais le typhus ne paraît prendre naissance dans les mêmes conditions que la fièvre typhoïde. En effet, dit Jenner (*Op. cit.*, p. 175), durant l'année 1849, 18 foyers de typhus avaient fourni 51 individus tous affectés de cette maladie; dans le même espace de temps, 4 foyers de fièvre typhoïde avaient fourni 10 malades atteints de cette espèce de fièvre, sans qu'il arrivât *une seule fois* que deux individus affectés, l'un de typhus et l'autre de fièvre typhoïde, fussent fournis par la *même* habitation. De même, dans le mémoire de M. Godélier, on voit invariablement le typhus donner naissance au typhus, et jamais il ne dégénère en fièvre typhoïde.

2° Une dernière question est celle de l'immunité. Il est généralement admis aujourd'hui qu'une fièvre typhoïde met à l'abri de toute atteinte nouvelle du même mal; en est-il de même pour cette maladie par rapport au typhus? Les rapports des médecins militaires nous ont appris qu'un certain nombre de militaires, ayant contracté la fièvre typhoïde, furent postérieurement atteints du typhus, et M. Godélier a produit un fait des plus remarquables dans ce genre: un convalescent de fièvre typhoïde grave contracta le typhus à l'hôpital. La fièvre typhoïde ne met donc pas ceux qui en ont été frappés à l'abri des atteintes du

typhus, et conséquemment la cause spécifique est différente pour chacune de ces maladies.

Quelque nombreuses que soient les analogies qui rapprochent la fièvre typhoïde et le typhus, ces deux maladies ne sont donc pas identiques et ne sauraient à l'avenir être confondues dans une même description.

ÉPILOGUE.

Mon travail est terminé, et pourtant en jetant un coup d'œil rétrospectif, il me semble que certaines questions ont été omises dans ce parallèle. Ainsi l'aphorisme d'Hippocrate, « *Naturam morborum curationes ostendunt*,» n'indique-t-il pas que j'aurais dû faire pour la thérapeutique la même exposition que pour la symptomatologie et l'anatomie pathologique; mais il s'agit de savoir si cette pratique était réellement possible.

« Les méthodes employées (pour la curation de la fièvre typhoïde) ont toutes leurs succès, toutes leurs revers, et il semble que, quelles que soient les méthodes, il est un certain nombre de cas où, sans qu'elles y prennent part, la nature conduit la maladie à une terminaison heureuse ou funeste. » (Andral, *Clin. méd.*, t. III.) Comment donc expliquer cette incertitude, comment se fait-il qu'une maladie si longuement décrite ait jusqu'ici échappé au criterium irrécusable de l'expérimentation thérapeutique? La raison n'est peut-être pas aussi difficile à trouver qu'on le suppose généralement.

La fièvre typhoïde, représentant fidèle des tendances de l'éclectisme moderne, a envahi sous sa dépendance un grand nombre de maladies réputées autrefois différentes; les états pathologiques qu'elle a englobés ne sauraient se plier aux exigences des classifications naturelles qui ne s'appuient que sur des caractères univoques. Il n'est donc pas surprenant qu'une maladie

où se rencontrent tant d'éléments pathologiques dissemblables soit l'écueil de la thérapeutique, et si l'on veut ramener l'expérimentation sur son véritable terrain, n'est-ce pas, comme l'a dit M. Rostan, vers l'*élément spécifique* qui a engendré la septicémie que devront tendre les efforts du clinicien, de la même façon que dans tout empoisonnement on doit chercher à éliminer de l'organisme le poison qui va sans cesse y déterminer de nouveaux désordres.

En un mot, quand on envisage les moyens thérapeutiques proposés contre la fièvre typhoïde, on reste convaincu de cette vérité que : Pour avoir poursuivi une synthèse trop complexe, la nosologie est restée jusqu'ici impuissante, et aussi longtemps que l'*idée de la maladie* ne sera pas synonyme d'*état maladif* (Bouillaud), ou *état organopathique* (Piorry), des déceptions sans nombre seront réservées aux cliniciens, quel que soit le point de vue sous lequel ils se placent, et quelque sagacité qu'ils développent pour arriver à la connaissance de LA MALADIE.

FIN.